

**A REGULAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS
EM SAÚDE E A REFORMA DO SETOR SAÚDE
EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA**

Sabado Girardi

Sumário

1. Introdução
2. Perspectiva Analítica; p.10
 - 2.1- Uma noção pragmática da regulação; p.10
 - 2.2- A regulação profissional e a regulação laboral: dois mundos distintos; p.11
 - 2.3– As “rationale” da regulação laboral e da regulação profissional; p.15
 - 2.4- Objetos e fontes de regulação profissional e laboral; p. 18
 - 2.5- Modelos de regulação profissional; p.19
 - 2.6- Modelos de regulação laboral; p.21
3. Discussão dos Problemas; p. 22
 - 3.1 Rigidez dos sistemas de relação de trabalho e descentralização da negociação das relações laborais; p. 23
 - 3.2 Anacronismo da regulação profissional: perda de autonomia e insatisfação do público; p.26
 - 3.3 O problema da terceirização; p. 41

1. Introdução

No decorrer das duas últimas décadas os países da região das Américas vêm implementando amplas mudanças nos seus sistemas de saúde. Em que pesem as diferenças quanto ao *timing* dos diversos processos, ao tipo de instituições criadas (ou reformadas) e à forma de indução das mudanças, um ponto comum à quase todas as experiências tem sido a mudança ensejada nos papéis relativos ao estado, aos mercados (inclusive os mercados de trabalho e das profissões de saúde) e às próprias comunidades no que concerne ao financiamento, regulação, organização e provisão dos serviços de saúde. De uma maneira geral observou-se a redução da participação do estado na provisão e no financiamento direto dos serviços de saúde com transferência paulatina destas funções para agentes constituídos no âmbito dos mercados e das próprias comunidades. Ao mesmo tempo preconizou-se a focalização da ação do estado em aspectos de regulação do sistema como o controle de custos, a promoção da eficiência no uso dos recursos, a descentralização dos processos de decisão, o estímulo à privatização da provisão, entre outros. Noutras palavras, o estado deveria fortalecer e ampliar seu papel de agente regulador das atividades setoriais (capacidade em grande parte dos casos muito reduzida em função da proeminência das funções de prestação direta características do modelo anteriormente vigente).

As diferenças observadas entre os países, estiveram vinculadas, entre outros fatores, à questões relativas à estrutura e funcionamento das instituições estatais pré-existentes (o peso das burocracias públicas, a capacidade administrativa do Estado etc.); ao poder das profissões (especialmente os médicos); à extensão dos mercados e ao tamanho do

setor não governamental no setor e à capacidade dos grupos sociais, especialmente os sindicatos, de influenciarem as agendas do executivo e do legislativo com suas demandas de políticas sociais.

Pode-se dizer que os processos de mudança e reforma dos sistemas de saúde não constituíram fato isolado estando em geral associados a esforços globais de ajuste econômico e reorientação das relações entre o Estado e a sociedade implementados nos diversos países num contexto marcado por uma tripla crise: no plano econômico pela combinação das crises fiscal-financeira do estado e da dívida externa; no plano político, pela chamada transição para a democracia experimentada pela maior parte dos países da região a partir de meados da década dos oitenta; e no plano administrativo pela generalização da crença de crise do modo de intervenção burocrático do estado caracterizado pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentações. A conjunção desses fatores apontava para soluções de distinta orientação. A transição democrática, mesmo numa situação de enfraquecimento dos sindicatos, tendeu a favorecer a proliferação de demandas de universalização das políticas sociais pressionando a elevação dos gastos públicos. Por seu turno a combinação das crises econômica e fiscal determinaram severas restrições ao crescimento dos gastos do estado e impuseram a adoção de soluções custo-efetivas na maior parte das vezes bloqueadas pelo modelo burocrático de intervenção do estado no setor.

Na verdade a reforma setorial da saúde coincidiu com um cenário de múltiplas reformas institucionais: a reforma da seguridade social, a reforma administrativa do Estado, a reforma educacional, a reforma do emprego etc. sendo por estas diretamente influenciada. Apesar das

especificidades de cada uma destes processos pode-se dizer que eles têm em comum:

(i) o apelo aos mercados, quer dizer, a preferência por escolhas descentralizadas, tomadas por agentes mais ou menos autônomos coordenados em suas decisões pelos mecanismos auto-reguláveis da oferta e da procura e dos preços - em detrimento do planejamento centralizado e da oferta definida pelas agências centrais dos governos;

(ii) o apelo à eficiência na entrega dos serviços, quer dizer, a preferência por arranjos que otimizam soluções custo-efetivas em detrimento de arranjos beneficiistas que representaram em muitas ocasiões as opções do passado para aquelas regiões ou zonas da economia caracterizadas pela existência de falhas de mercado ou para a produção de bens públicos (como é o caso da saúde, da educação e do emprego, entre outras);

(iii) o apelo à flexibilidade em detrimento de arranjos institucionais formais de maior durabilidade temporal e com maiores "obstáculos" para ajustes mais imediatos.

No caso das reformas setoriais da saúde a orientação em direção aos mercados, a descentralização dos serviços e a flexibilização da gestão tenderam a se estabelecer como resposta a estas exigências. Esta tríplice estratégia permitiria a um tempo estender a cobertura dos serviços de saúde, reduzir gastos e proporcionar o surgimento de formas institucionais de gestão de recursos de saúde flexíveis e custo-efetivas.

Na maior parte dos países da região - inclusive naqueles países onde historicamente predominaram os modelos públicos e de seguridade social de serviços de saúde com tendência à cobertura quase universal-verificou-se a emergência de sistemas plurais com forte segmentação econômica entre clientela. Nesse contexto observou-se o crescimento do setor privado, a formação de redes integradas de organizações médico-hospitalares de provedores, a terceirização dos serviços e a proliferação dos planos e seguros segmentados de saúde.

É importante a essa altura assinalar dois pontos. Em primeiro lugar, se é verdade que o surgimento e a proliferação dessas novas formas institucionais de provisão e financiamento de serviços de saúde foram estimuladas pela ação das forças de mercado é mais verdadeiro ainda que, em todos os casos, elas foram produto mais ou menos direto da ação regulatória orquestrada pelo estado. Para citar apenas alguns exemplos, no caso dos Estados Unidos, o surgimento de extensas redes integradas de provedores de serviços e o crescimento do número de inscritos nos sistemas de cuidados administrados (*managed care*), observados a partir dos anos 80, foram diretamente estimulados pelas regulações eficientistas implementadas pelo estado a partir dos anos 70. Já durante a administração Nixon, na primeira metade dos anos 70, o aumento da preocupação com o crescimento dos gastos com serviços de saúde (particularmente do *Medicare* e *Medicaid*) levaram à promulgação de legislação para criação das HMO's (*Health Maintenance Organizations*) "como forma de introduzir os mecanismos de competição dos mercados no sistema de cuidados de saúde" (Kingdon, 1995). No caso da Colômbia, a reforma pró-mercado do sistema de saúde foi determinada desde o nível constitucional-político. A reforma iniciada em princípios da presente década na Colômbia tem produzido um cambio radical em todo o sistema de serviços de saúde. A introdução de

mecanismos de concorrência interinstitucional e a substituição do modelo tradicional de subsídio à oferta por mecanismos de subsídio à demanda, dentro dos princípios da chamada concorrência gerenciada (*managed competition*), deu lugar ao surgimento de uma série de formas institucionais de financiamento, administração e provisão de cuidados de saúde (algumas novas, outras reformadas). No caso do Brasil, o processo de construção do Sistema Único de Saúde, determinado pela Constituição de 1988, resultou, na prática, na consolidação, ao longo dos últimos anos, de um sistema plural e antes de mais nada, segmentado, com crescente participação dos mercados privados de serviços, planos e seguros de saúde. No caso do Chile, também o crescimento dos mercados privados de saúde foi subsidiado pelo estado.

Em segundo lugar é preciso assinalar que a adoção de estratégias pró-mercado na organização dos sistemas de saúde fizeram emergir novos problemas (terceirização, flexibilização, proliferação de contratos e seguros etc.) que exigem, para a garantia da acessibilidade e eficiência dos serviços, que o estado assuma seu papel reitor e regulador do sistema. Conforme se disse, na maior parte dos países da região a capacidade de regulação do setor pelo estado é muito reduzida em função da proeminência das funções de prestação direta características do modelo anteriormente vigente.

Assim, a tarefa de construir novas *capacidades de estado* em regulação e reitoria do campo dos RRHH é quase uma decorrência lógica dessas transformações e se coloca, nos dias de hoje, como pedra de toque para o sucesso das políticas da reforma setorial que visem promover um adequado *trade off* entre eficiência e equidade na distribuição dos bens e serviços de saúde.

A reforma das instituições de regulação e dos instrumentos de gestão das relações de trabalho e do exercício das profissões ocupam lugar estratégico para a criação dessas novas capacidades de estado. Tratam-se de elementos críticos não somente para uma adequada gestão setorial como para a proteção dos consumidores.

A natureza intensiva em trabalho do setor e a importância das profissões auto-reguladas na provisão dos serviços condicionam o sucesso das políticas de saúde que visem aumentar a eficiência, a acessibilidade e a resolutividade dos serviços à existência de uma dupla capacidade: a capacidade de gestão da relação de trabalho e de regulação do exercício profissional.

Nos dias de hoje, a capacidade de gestão da relação de trabalho, seja no âmbito da macro gestão setorial do governo, seja no âmbito micro, da gerência das organizações e serviços, se encontra severamente bloqueada pelos sistemas de relações de trabalho vigentes na maior parte de nossos países. No âmbito da gestão setorial, os dirigentes governamentais do setor saúde carecem de mandatos adequados para influir nos processos de definição das políticas nacionais de regulação da relação de trabalho. Apesar de se responsabilizarem pela gestão das políticas de governo que envolvem um contingente de trabalhadores que atingem em alguns países 8% (Argentina, Brasil), 10% (Canadá) e até 12% (EUA) dos mercados formais de trabalho dos países, os gestores governamentais da saúde não participam de forma ativa das proposições governamentais de revisão da legislação trabalhista que em geral são temas da agenda das chamadas administrações laborais. No que concerne ao sistema das relações de trabalho cabe aos gestores governamentais da saúde, na maior parte das vezes, apenas

administrar, nos aspectos rotineiros, seus empregados e servidores. Entre outras razões, esta pode ser apontada como uma das causas da inefetividade de uma série de iniciativas de adequação da legislação dos contratos de trabalho que falharam no enquadramento dos trabalhadores empregados no setor de serviços de saúde. Grande parte das situações de trabalho específicas do setor, conforme veremos, simplesmente não cabem nos formatos propostos.

A gerência das organizações de serviços de saúde, por seu turno, tem sua autonomia limitada pela rigidez de sistemas de relações de trabalho e emprego não negociais, centralizados e excessivamente formal-legalistas. No nível local, os gerentes de serviços de saúde - especialmente os do setor público - são reféns de regulamentações que restringem severamente, no plano formal, sua autonomia para a contratação, a descontração e a negociação local dos termos do contratos de trabalho (tendo em vista, por exemplo, a flexibilização das remunerações ou o estabelecimento de mecanismos de incentivo/sanção condicionados a metas quantitativas ou qualitativas). Estas situações, particularmente em contextos de arrocho orçamentário, tem gerado a proliferação de alternativas de contratação de trabalho e serviços situadas não raras vezes na informalidade (e mesmo nas franjas da ilegalidade). A contratação de mão de obra via agências empregadoras, via cooperativas de trabalhadores; a contratação de trabalho disfarçada, a subcontratação de microempresas de profissionais, figuram no elenco das "soluções criativas" encontradas, incorporando-se ao *habitus* gerencial do setor. O problema é que, confrontando-se com o sistema legal e com as instituições formais vigentes (especialmente as organizações coletivas do trabalho), que não lhes dá suporte, a

instituição dessa sorte de práticas tem como resultado freqüente o aumento das animosidades gerência-trabalho e dos conflitos inter-trabalhos. Não são raras nestas circunstâncias as situações de ingovernabilidade organizacional com evidentes prejuízos aos usuários dos serviços. Dessa forma, a reforma das instituições e dos mecanismos de regulação do sistema de relações de trabalho emerge como imperativo da agenda de recursos humanos nos processos da reforma setorial.

Mas isto não é tudo. A reforma do sistema de relações de trabalho equacionaria apenas parte do problema. A peculiar vulnerabilidade das organizações e serviços de saúde às chamadas normas profissionais¹ condiciona qualquer estratégia de contenção de custos ou melhoria da eficiência e da qualidade e acessibilidade dos serviços à capacidade de influir sobre os sistemas de autorização e controle do exercício das profissões. No atual sistema é muito baixa essa capacidade de "governança profissional" pela gestão pública do setor, especialmente naquilo que se refere às questões do direito e autorização de prática. Os administradores e gerentes de serviços de saúde se vêem engessados no cotidiano por um sistema que delimita legalmente monopólios sobre extensos e sobretudo imprecisos campos de prática. A vigência desses monopólios de prática dificulta a utilização plena das competências laborais pela gerência dos serviços, obstaculiza o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e limita o acesso ao cuidado. Torna-se imperioso, neste sentido, romper com a rigidez do atual sistema de autorização e controle do exercício profissional, promovendo arranjos regulatórios mais flexíveis e, inclusive, desregulação de certas atividades que não envolvem riscos aos usuários ou são realizadas em

¹ freqüentemente em conflito com as normas burocráticas e gerenciais e em detrimento das últimas.

condições de completa heteronomia e controle externo. A reforma da regulação do exercício e da educação das profissões de saúde emerge, então, como um segundo imperativo da agenda de recursos humanos nos processos da reforma setorial.

2. Perspectiva Analítica

2.1. Uma noção pragmática de Regulação

Usamos a noção de regulação numa acepção pragmática análoga ao conceito utilizado pela chamada economia política da regulação. Neste sentido, a regulação de qualquer interação econômica ou social corresponde à *"restrição intencional da eleição (escolha) livre de um sujeito proveniente de uma fonte externa que não as partes diretamente envolvidas [na relação espontânea ou interação] (Mitnick, 1989).* De acordo com essa perspectiva, a regulação corresponde a uma intervenção pública (ou da política) sobre a soberania dos mercados (ou da economia). Na sua substância a regulação corresponde ao conjunto de regras, normas, hábitos e regulamentações extra-mercado que se impõem sobre determinadas atividades sociais e econômicas. De uma forma mais dinâmica ela abarca o próprio processo, político e econômico, de elaboração e implementação dessas regras. É extremamente importante reter que a noção de regulação com que trabalhamos ultrapassa a noção mais restritiva de "regulamentação" para abarcar o conjunto de regras, normas e instituições formais e informais que regulam um determinado campo. Neste sentido ela inclui (a) normas, leis e regras explícitas; (b) negociações, contratos e compromissos cotidianos; (c) tradição, hábitos e ideologias.

Assim, regulações são “diretivas, *standards* ou procedimentos suportados por penalidades e sanções que são desenhadas para conformar o comportamento de indivíduos, negócios ou mesmo os próprios governos”. O desenvolvimento de regulações envolve quatro atores chaves: (i) o legislativo que promulga leis autorizando ou requerendo a um determinado agente instituído em nome do estado (ou do público) para instituir regulações sobre um campo; (ii) o executivo que define as formas e a extensão das regulações; (iii) as partes interessadas ou os agentes regulados que podem demandar e ter maior ou menor participação na definição e implementação das regulações e questioná-las, quando tidos como prejudicados, diante do judiciário ou tribunais *ad hoc*; (iv) o judiciário que decidirá sobre a constitucionalidade e o valor legal das regulações instituídas de acordo com os marcos jurídico-legais e constitucionais e os costumes das sociedades em questão².

A maioria dos estudos sobre a regulação de profissões e ocupações e do trabalho em saúde tratam das regulamentações jurídico-legais, éticas ou administrativas que, a partir da intervenção do estado ou de grupos de interesse imbuídos de mandato público (dentre eles as corporações profissionais e empresariais), restringem ou demarcam campos de exercício de atividade, institucionalizam privilégios ou administram vantagens na concorrência nos mercados. A intervenção da autoridade pública pode ser direta ou delegada, podendo ser exercida diretamente por um departamento da administração direta do Estado, por uma agência estatal constituída *ad hoc* ou por algum ente da sociedade civil através de delegação de autoridade.

² ver NPR Reports – Improving Regulatory Systems; Washington DC., 1993.
<http://www.npr.gov/library/reports/reg.html>.

2.2. A regulação profissional e a regulação laboral: dois mundos distintos

Dentro dessa perspectiva analítica estabelecemos uma distinção entre os mundos e sistemas de regulação do trabalho e das profissões. Conforme veremos na próxima sessão os princípios que justificaram (e ainda justificam) a regulação das profissões, por um lado e as relações de trabalho, por outro, possuem traços bastante específicos. A vigência dessas especificidades reclamou o surgimento de um aparato institucional de regulação formado por princípios, normas e leis e estruturas organizacionais específicas para as profissões. Leis de exercício profissional que conferem monopólios ou quase monopólios de prática; estruturas de auto-regulação profissional formadas por pares profissionais com autoridade pública atribuída para fiscalizar o exercício e excluir elementos e comportamentos estranhos ao *habitus* corporativo; educação superior no seio de Universidades; Códigos de Ética singulares; legislação específica de responsabilidade civil e de erro profissional; tribunais de julgamento *ad hoc* que funcionam como estruturas quase jurídicas etc. Estas *distinções* profissionais não se aplicam ao mundo ordinário do trabalho comum.

Dentro dessa perspectiva, a reforma da regulação do exercício profissional é um processo de redefinição de reservas de jurisdições de exercício e domínio sobre determinados campos de trabalho e exercícios discursivos que se constituem como “*posse*”, “*propriedade*” e *exploração de negócio*³. Nesse sentido, o processo regulatório tem uma lógica que o aproxima muito mais da produção das regulações econômicas. As

³ A noção de jurisdição de trabalho é apropriada de Andrew Abbott (1988, *The System of Professions*) e tem exatamente este sentido de *demarcação*, inclusive jurídico-legal, de territórios de prática mais ou menos exclusivos.

disputas, ou para usarmos os termos de Abbott (1988), as demandas de jurisdição profissionais, giram em torno do “*direito de propriedade*” e do direito de exploração de atividade. Conforme Abbott, estas demandas são articuladas e negociadas principalmente em três arenas: na arena do sistema legal, na arena do local de trabalho (nas organizações) e na arena da opinião pública.

Por outro lado, à diferença da regulação profissional, na reforma da regulação do sistema das relações de trabalho o que estaria em jogo mais que tudo são as *regras de contratação de compromissos e distribuição de ganhos entre gerência e trabalho*, estando já as posições de propriedade previamente estabelecidas e não cabendo sobre elas disputa. A não ser nos casos de rupturas revolucionárias, as disputas aqui são tipicamente distributivas e não de propriedade.

É sumamente importante que esta distinção seja feita em razão de três motivos básicos. Em primeiro lugar, sob o aspecto analítico, ela exige o reconhecimento das instituições e organizações específicas de profissões que não podem ser confundidas com as do trabalho em geral: refiro-me às já citadas estruturas de auto-regulação profissional (como os Conselhos e Ordens Profissionais); à educação superior no seio de Universidades; aos Códigos de Ética; à legislação específica de responsabilidade civil e de erro profissional; aos tribunais de julgamento *ad hoc* etc.. Em segundo lugar, sob o aspecto da intervenção política, ela implica no reconhecimento de que as arenas da regulação profissional constituem arenas de políticas públicas distintas das arenas da regulação trabalhista comum: elas envolvem atores e organizações com interesses e estratégias de ação coletiva próprias que também necessitam ser identificados.

Por fim, mas não em último lugar, o entendimento das demandas de regulação profissional como disputas sobre “direitos de propriedade” sobre bens determinados – “os títulos profissionais” – quer dizer, o direito de usar, de derivar deles rendimentos, de excluir potenciais utilizantes etc. - tem uma implicação teórica de longo alcance. Este entendimento permite pensar que a arena da regulação profissional constitui um espaço de “relações de troca” entre o estado e os grupos ocupacionais ou profissionais que demandam esses “direitos”. Da perspectiva do institucionalismo histórico, o estado, através dos agentes reguladores e dos governantes (*rulers*), em cada transação envolvendo direitos de propriedade cederia os títulos de propriedade em troca do consentimento para taxar e cobrar impostos (North, 1993).

Do ponto de vista institucional o sistema das profissões é caracterizado pela existência de permanências tais como:

- agências de autoregulação com autoridade delegada como os Conselhos Profissionais;
- títulos de direito exclusivo;
- Leis de Exercício Profissional;
- Códigos de Ética;
- Legislação de responsabilidade civil e de erro profissional *ad hoc*;
- tribunais *ad hoc*;
- Universidades;
- Associações Profissionais Voluntárias.

O sistema das relações de trabalho, por sua vez, também possui instituições específicas:

- as leis constitucionais e códigos do trabalho;

- regulamentação do trabalho na economia pública;
- legislação ordinária do trabalho;
- a chamada administração do trabalho (os Ministérios e Delegacias Regionais do Trabalho);
- a Justiça do Trabalho e os Tribunais Regionais e Juntas do trabalho;
- os contratos individuais de trabalho, os contratos coletivos, convênios e dissídios;
- as estruturas de negociação coletiva;
- os Sindicatos etc.

2.3- A "*rationale*" da Regulação Laboral e da Regulação Profissional

Dentro dessa perspectiva teórica, a primeira pergunta a que se faz um estudo sobre regulação corresponde ao porque da regulação. Por que submeter o desenvolvimento de determinada atividade à autoridade do Estado ou de algum agente público constituído retirando-a da regulação espontânea dos mercados, das livres determinações da oferta e da procura?

Historicamente, nos casos da regulação sobre os mercados de trabalho em geral e sobre o mundo das profissões, os argumentos evocados para justificar a intervenção legítima da autoridade pública em seus domínios, quer dizer sua *regulação*, bem como para fixar mecanismos e normas regulatórias, foi o reconhecimento da existência de vastas imperfeições de mercado nestas "regiões" da economia e da atividade social. Pode-se dizer que esta constitui uma *rationale* tradicional da regulação que se aplica tanto aos mercados de trabalho quanto aos mercados profissionais.

Se reconheceu quase consensualmente que estes eram setores da atividade econômica e social com baixa sensibilidade para o funcionamento ideal dos mecanismos de mercado (a concorrência, o livre troca, as leis da oferta e da demanda). No caso da regulação geral sobre os mercados de trabalho a justificativa da intervenção do estado apontava para a forte assimetria de recursos e informações entre o capital e o trabalho e nesse sentido tinha o sentido de promover a proteção do trabalho (até para que ele não desaparecesse). Havia também a idéia de que a proteção dos mais desvantajados agregava legitimidade às sociedades que a praticassem pela não institucionalização de termos injustos para a cooperação social⁴.

No caso da regulação profissional, a regulação pública tem sido reclamada em nome de dois princípios básicos: o princípio da *utilidade pública* da regulação, que visa a proteção e a segurança do público contra a ação danosa de praticantes não autorizados e de pessoas inescrupulosas; e o princípio da *garantia da qualidade e da excelência dos serviços profissionais* que visa proteger o público dos riscos da ação de profissionais incompetentes e despreparados. Em ambos os casos, o problema da assimetria informacional ganha centralidade na *rationale* da regulação. Em ambos os casos, pelas características inerentes ao saber profissional e ao tipo especial de conhecimento que os profissionais possuem, se admite que o profissional é plenamente informado enquanto o público em geral (incluídos os empregadores) não

⁴ Em “Apuntes para la aplicación de un abordaje regulacionista al campo de los recursos humanos en salud” (1994, Girardi, S.N. “Apuntes para la aplicación de un abordaje regulacionista al campo de los recursos humanos en salud” **Revista UASB Y Salud**. Bolívia: 2 (7) 63-91, discuto as vertentes teóricas dos regulacionismos e seus críticos. Ali também faço uma discussão sobre as modalidades de regulação profissional. Muito do que segue pode ser visto em Girardi, S. N. (1996). *Bibliografía Anotada en Regulación del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud*. Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica.

o é. E o que é mais importante ainda: em ambos os casos, mais que favorecer a qualquer tipo de regulação estatal, estes argumentos justificaram a existência de uma forma muito peculiar de regulação, a assim chamada auto-regulação profissional (ou regulação por pares).

Como resultado prático da vigência desses dois problemas nos mercados profissionais, o campo profissional acabou ficando relativamente “protegido” da sanha desregulatória mesmo naqueles países que levaram a onda desregulatória a extremos, como foi o caso dos Estados Unidos⁵.

Mas a desregulação no terreno profissional também vem sendo bloqueada, mais recentemente, através de um outro argumento. Mesmo na hipótese de públicos plenamente informados, capazes de julgamento pleno e da não existência de efeitos de externalidade, haveria a necessidade da intervenção exterior ao mercado em função dos chamados problemas de agência e em razão da existência do fenômeno que se convencionou chamar de “dano moral” (*moral hazard*). Os problemas de agência surgem nos mercados de serviços profissionais quando eles passam a ser fortemente marcados pela presença de *terceiras partes* pagadoras, agentes seguradores e financiadores públicos ou privados que se interpõem entre os provedores de serviços e os pacientes. Demandada pela terceira parte, a regulação externa à relação profissional/cliente teria o sentido de “introduzir” o princípio da eficiência na relação que a rigor estaria ausente do comportamento e da orientação da ação dos consumidores de serviços profissionais. Hipoteticamente, tendo já reembolsado pelo serviço, na forma de seguro pré-pagamento, ou seja, já tendo arcado previamente com o “custo”,

⁵ Ver Girardi (1994), op. cit.

estaria dentro do comportamento racional do paciente, na busca da maximização de seu benefício, consumir a maior quantidade de serviços que pudesse. Esse comportamento poderia ser reforçado pelo provedor ou profissional se esse fosse reembolsado sob apresentação de “fatura”. Assim, nesses casos, só restaria como indutor de comportamento eficiente o princípio do *risco ou dano moral*.

É interessante considerar que a presença progressivamente maciça de terceiras partes (seguros de saúde e planos de saúde) nos mercados de saúde tem exigido, ademais das formas de regulação exteriores ao mercado (entre as quais a auto-regulação profissional, constitui resposta clássica), mecanismos também exteriores às profissões (a chamada regulação de proteção a terceiras partes). Neste caso, conforme se pode ver, não se trataria mais apenas da *proteção do público*, que só teria seu interesse contemplado indiretamente, mas da proteção direta de um ator econômico extremamente poderoso, as terceiras partes, que - paradoxo interessante - se em outras esferas reclama **da** regulação e entoa a cantilena dos mercados, nesta esfera, do exercício profissional, reclama por regulação.

2.4 - Objetos e Fontes de Regulação Profissional e Laboral

Reconhecida a necessidade da regulação, a segunda pergunta que se faz, nesse tipo de estudo, vai à questão dos objetos da regulação. O que, naquela região da economia que reclama a intervenção regulatória, deverá constituir alvo das regulações? Admite-se que a regulação profissional incide sobre quatro objetos principais: (i) a entrada no mercado de trabalho (incluídos os mecanismos de licenciamento, certificação e registro profissionais e educativos); (ii) os resultados do trabalho profissional (regulações de responsabilidade civil e penal, seguros de má prática, erro profissional), (iii) a ética profissional, (iv) a

qualidade técnica do trabalho profissional; e, finalmente, (v) os preços de serviços e as remunerações e salários profissionais⁶. As *regulações de exercício*, que constituem o interesse mais imediato do nosso projeto, podem se originar do exterior da profissão (vir do Estado legislador, das organizações de serviços públicas ou privadas, das comunidades ou do público, etc.) ou ser endógenas ao corpo profissional (vir das corporações profissionais, dos sindicatos, das associações profissionais voluntárias etc.). Conforme Dussault (1995:153)⁷, de acordo com essas fontes, as regulações do exercício se agrupam em quatro formas básicas: regulações jurídicas (leis de exercício e regulamentações éticas), regulações econômicas (mecanismos e níveis de remuneração), regulações administrativas (normas de trabalho) e a regulação social (vindas da comunidade, de outros profissionais e poderes compensatórios).

2.5- Modelos de Regulação Profissional

Definidos os objetos e fontes da regulação, a pergunta seguinte é como se pretende regular? Segundo qual modelo de regulação e de acordo com que formas de organização da intervenção da autoridade pública na área. Freidson (1994:191-192), argumenta que existem três modos diferentes de organizar e regular os mercados de serviços e de trabalho

⁶Esta classificação foi proposta pela primeira vez por Wolfson A. D.; Trebilcock M. J. & Tuohy C. J. (1980) em "Regulating the Professions: A Theoretical Framework" **Occupational Licensure and Regulation: A Conference Sponsored by the American Enterprise Institute for Public Policy Research** (Edited by Simon Rottenberg,) Washington, D.C: 180-214; sendo posteriormente adotada por uma série de autores (Cf. Girardi, 1994,1996, citados). Gustavo Nigenda e Maria Helena Machado (1997, *Modelos de la Regulación Profesional de los Medicos*, **Cad. Saúde Públ.**, 13(4):688, Rio de Janeiro.), de forma bem semelhante, propõem que os modelos de regulação profissional visam: (i) os mecanismos de entrada no mercado; (ii) o controle da concorrência no mercado; (iii) a estrutura dos mercados e (iv) os mecanismos de pago.

⁷Gilles Dussault (1995), *La Régulation du travail médical: sources, formes, formulation*. **Ruptures: revue transdisciplinaire en santé**, vol. 2. 1995, p. 153.

e as profissões do setor saúde: em primeiro lugar, o modelo dos mercados livres, no qual os trabalhadores competem livremente para serem escolhidos e pagos pelos empregadores e clientes; em segundo lugar há o modelo burocrático (estatal ou corporativo-empresarial), o qual é hierarquicamente controlado e administrado. Por fim, existe o modelo dos mercados profissionais ou corporativo-profissional (auto-regulação profissional), o qual é controlado pelas profissões reguladas. Freidson defende que apenas o modelo profissional (cf. Freidson "*the worker-controlled model*") contém dentro dele soluções potenciais para os problemas da confiança e da descrição que caracterizam exemplarmente os mercados de saúde.

Além desses três modelos mais ou menos "puros" de regulação (desregulação ou regulação dos mercados; auto-regulação profissional ou regulação de pares; regulação burocrática) alguns autores têm chamado atenção para os modelos de regulação societal. Sem negar radicalmente os anteriores este último modelo de regulação introduziria de forma bastante acentuada a participação dos grupos de interesse público ou da sociedade civil no processo regulatório (Ayres, 1992). Outros autores falam ainda no modelo dos poderes compensatórios que consiste no estabelecimento de contrapesos no interior de um sistema regulatório (conforme defendem Donald Light e David Mechanic, entre outros, para os mercados da saúde)⁸. De uma maneira geral, pode-se dizer que esses "novos" modelos têm surgido da necessidade de compatibilização entre as instituições da democracia e do mercado ou mais precisamente da necessidade de promover *trade*

⁸a idéia original da regulação pelos poderes compensatórios (*countervailing powers*) aparece primeiro em J.K. Galbraith (1956, *American Capitalism*). Para as referências: Mechanic, D. 1991. "Sources of Countervailing Power in Medicine". **Journal of Health Politics, Policy and Law**. Vol. 16, No.3.; e Light, D. W. 1991. "Professionalism as a Countervailing Power: Commentary". **Journal of Health Politics, Policy and Law**. Vol. 16, No. 3

offs entre os princípios rivais da participação e da eficiência que suportam, respectivamente, aquelas instituições. Em geral, propugnando pela criação de uma terceira via, eles visam fugir às soluções simplistas que preconizam soluções dicotômicas baseadas ou na regulação governamental ou na desregulação.

2.6. Modelos de Regulação Laboral

De forma um pouco simplificada pode-se dizer que existem dois tipos básicos de sistemas de relação de trabalho: o sistema estatutário, onde a maior parte dos termos da relação de trabalho e dos direitos e deveres das partes constitutivas da relação de trabalho estão previstas e especificadas em lei e o sistema negocial, onde estes tópicos são assegurados contratualmente por acordos e convenções entre empregados e empregadores e suas representações (Pastore, 1994). O sistema estatutário de relações de trabalho também tem sido conhecido como modelo “corporativista ou normativo” e tem como aspecto essencial a forte presença do Estado regulando a quase totalidade dos aspectos da relação de trabalho, inclusive fixando salários (Gacek, 1994:11). O modelo negocial também chamado contratualista ou voluntarista é caracterizado por um mínimo de intervenção estatal direta nas disputas entre os interesses (considerados privados) dos trabalhadores e dos empregadores. Pode-se dizer que estes modelos não existem em forma pura em nenhum país do mundo. Na verdade, o mais comum é que as duas formas se misturem em proporções mais ou menos variadas de acordo ao país. Nenhum sistema negocial, por exemplo, prescinde da formalização legal dos termos e condições do emprego. Os acordos e convenções coletivas firmados em países com

sistema de relações de trabalho de corte mais caracteristicamente negocial são reconhecidas pelas agências reguladoras com status de autoridade pública na matéria. Assim os países com sistemas de relações de trabalho de corte mais legalista também efetuam com maior ou menor grau de intensidade, a depender do caso, acordos e convenções coletivas mais ou menos independentes dos entraves jurídico-legais.

3. Discussão dos Problemas Identificados

Os problemas identificados nos estudos dos países bem como sua importância relativa na agenda dos diversos atores que participam (ou demandam participar) das estruturas e processos de regulação do campo dos Recursos Humanos, variaram de acordo com o país⁹. Existem, por um lado, problemas que afetam a todos os países embora com intensidade e maneira variável. Outros são problemas singulares a um determinado país com potencial emergente. Outros ainda são específicos de dois ou mais países, não sendo reportados nos outros estudos. Por outro lado, alguns problemas extrapolam o campo de recursos humanos, assumindo dimensões mais gerais, ou seja, constituindo foco de atenção mais geral da gestão setorial da saúde, de outros setores e mesmo dos governos. Outros constituem objetos de agendas mais especializadas de determinados agentes reguladores (como os Conselhos e Colégios Profissionais) e interesses regulados (dos médicos, dos gerentes de serviços etc.). Compreender as razões pelas quais determinados temas ou problemas de recursos humanos entram na agenda dos governos e das agências de regulação do trabalho e das

⁹ Define-se por agenda a lista de temas ou problemas que constituem foco de séria atenção por parte de um determinado ator num determinado tempo.

profissões na área da saúde (se tornam, nesse sentido, problemas emergentes) e como estes mudam a composição de sua agenda no tempo constitui, naturalmente, uma das preocupações mais relevantes que originaram o presente estudo. Conforme se sabe a importância de um problema não garante de *per si* sua presença na agenda, principalmente na agenda governamental. A capacidade de intervenção sobre o problema bem como a quantidade e intensidade dos conflitos que ele gera são fatores que influenciam na sua inclusão na agenda governamental. Quanto maior a capacidade de intervenção sobre o problema, maior a probabilidade de que o tema seja incluído. O contrário passa com a sua capacidade de gerar conflitos e disputas entre os diversos atores sobre cursos de ação a serem adotados. A existência de conflitos mais ou menos inconciliáveis aumenta os custos de oportunidade em forma desproporcional aos resultados obtidos diminuindo assim a probabilidade de um tema figurar na agenda governamental.

3.1 Rigidez dos sistemas de relações de trabalho e descentralização da negociação das relações laborais

A rigidez excessiva das normas que regulam as relações de trabalho (especialmente as normas de contratação, descontração, remuneração e ascenso) é um fenômeno comum apontado em todos os estudos de países¹⁰. Essa rigidez é mais claramente apontada para os casos do setor público embora se possa dizer, particularmente para os casos de Brasil, México e Colômbia, que ela atinja de igual maneira o

¹⁰ Está se usando o termo rigidez na acepção que a maior parte dos economistas o empregam: para descrever práticas e hábitos de regulação que inibem as liquidações automáticas de mercado nos mercados de trabalho. Muitos sugerem que este é um uso infeliz e com conotações claramente pejorativas (entre outros Esping-Andersen, 1999).

segmento formal assalariado dos mercados de trabalho do setor privado de saúde. Nestes países os sistemas de normas de regulação das relações de trabalho e emprego mesmo no setor privado caracterizam-se pelo fato de serem não negociais, centralizados e excessivamente formal-legalistas.

No caso do Chile assiste-se a um aparente paradoxo: enquanto para o setor público vigem normas "draconianas" de relações de trabalho o setor privado atua sob discretíssima regulação e mesmo, em extensas zonas, sob completa desregulação. Nos anos recentes, entretanto, com a redemocratização do país e o fortalecimento da ação coletiva de grupos de interesse (particularmente grêmios profissionais e sindicatos de trabalhadores) assiste-se a esforços de re-regulação do trabalho no setor privado.

No quadro de rigidez vigente no setor público os dirigentes se encontram "reféns de regulamentações que restringem severamente, no plano formal, sua autonomia para a contratação, a descontração e a negociação local dos termos do contratos de trabalho (tendo em vista, por exemplo, a flexibilização das remunerações ou o estabelecimento de mecanismos de incentivo/sanção condicionados a metas quantitativas ou qualitativas). Estas situações, particularmente em contextos de arrocho orçamentário, tem gerado a proliferação de alternativas de contratação de serviços e de contratação de trabalho semi-formais, mais "flexíveis", situadas não raras vezes nas franjas da ilegalidade. A contratação de mão de obra via agências empregadoras, via cooperativas de trabalhadores; a contratação de trabalho, a subcontratação de microempresas de profissionais, figuram no elenco das "soluções criativas" encontradas, incorporando-se ao habitus gerencial do setor. O problema é que, confrontando-se com o sistema

legal e com as instituições formais vigentes (especialmente as organizações coletivas do trabalho), que não lhes dá suporte, a instituição dessa sorte de práticas tem como resultado freqüente o aumento das animosidades gerência-trabalho e dos conflitos inter-trabalhos. Não são raras nestas circunstâncias as situações de ingovernabilidade organizacional com evidentes prejuízos aos usuários dos serviços.

A maior parte dos países têm envidado esforços no sentido da descentralização da negociação das relações de trabalho que esbarram entretanto em dois obstáculos. Em primeiro lugar existe resistência por parte dos sindicatos. Naqueles países onde os sindicatos ainda detêm poder de barganha como Canadá, México e Brasil¹¹, para citar alguns, os avanços na descentralização da negociação das relações de trabalho são cuidadosamente vigiados. Ademais de temerem a perda relativa de poder os sindicatos alertam para os problemas de fragmentação e segmentação das condições de trabalho e para o aumento das desigualdades salariais que podem advir da descentralização. O outro obstáculo reside no despreparo e na falta de instrumentos e capacidade regulatória dos gerentes locais para levar a contento os processos de negociação descentralizados. Com relação a este último ponto faz-se necessário não somente o redesenho de marcos jurídico-legais para adequá-los à negociação coletiva nos níveis locais como a capacitação dos gerentes e a criação de estruturas, mecanismos e instrumentos para condução e implementação destes processos.

¹¹ No Canadá, por exemplo, a negociação coletiva cobre 35% dos trabalhadores, apesar da fraca coordenação e centralização; no México e no Brasil, apesar de enfraquecidos os sindicatos, especialmente os do setor público e as centrais sindicais ainda detêm graus importantes para influir sobre a agenda dos governos e agências regulatórias, inclusive pelo manejo de recursos financeiros semi-públicos.

Uma das grandes dificuldades no encaminhamento das questões da reforma das relações de trabalho reside no fato de que para que tais iniciativas se concretizem elas exigem concertação transetorial. A inexistência de mandatos formalmente atribuídos aos gestores governamentais da área da saúde sobre o campo, ao lado da extensa conflitividade que a questão naturalmente evoca, talvez estejam entre os principais motivos pelos quais os dirigentes da saúde, apesar de reconhecer a enorme importância da questão e de suas sérias implicações para o setor, não demandem tais mandatos.

Dessa forma, conforme se aponta na maior parte dos estudos, apesar de que ocupe o cerne da agenda dos Ministérios do Trabalho e demais responsáveis pela condução da reforma laboral e do emprego nos países, a área da saúde encontra-se relativamente alijada das decisões sobre o tema.

3.2. Anacronismo da Regulação Profissional: Perda de Autonomia e Insatisfação do Público

A necessidade de adequar as estruturas e processos de regulação do exercício das profissões e ocupações de saúde é um problema comum identificado em todos os estudos dos países. Quanto a este ponto existe forte consenso entre todos os atores. Os usuários estão insatisfeitos com os sistemas vigentes e reclamam da falta de responsividade das profissões e dos agentes públicos da regulação profissional no reparo aos danos a eles causados pelo mal exercício das atividades profissionais de saúde, especialmente médicos e dentistas, mas também, de forma crescente, pelas profissões “informais”, não regulares e “alternativas” que exercem de forma não regulada. Não sendo à justiça comum e aos negócios de advocacia que recentemente

proliferaram no meio não se sabe a quem recorrer nos casos de erro profissional e abusos éticos e financeiros. Também as profissões estabelecidas ressentem da perda de autonomia técnica (ademais da econômica, naturalmente), em função da globalização e da expansão dos mercados no setor e da falta de recursos financeiros e instrumentos para regular seus pares. Reclamam também da permissividade do estado em permitir o exercício de atividades ilegais e alternativas que lhes fazem concorrência. Relativamente desregulamentadas, as chamadas "profissões menores" ou subalternas, em desvantagem nos mercados de trabalho profissionais, reclamam do excessivo protecionismo do sistema regulatório com relação às profissões dominantes. A gerência dos serviços gostaria de ver ampliada sua autoridade para a designação de tarefas a trabalhadores e profissionais de comprovada competência sem ter que se submeter a regras excessivamente rígidas de delimitação de campos exclusivos de trabalhos asseguradas pelas leis de exercício profissional vigentes. De forma mais ou menos proeminente, de acordo com o caso, estes problemas são apontados em todos os estudos de países.

A regulação profissional é apontada nos estudos como condição indispensável para a produção de serviços de qualidade e sobretudo para a garantia da proteção dos usuários. O risco de danos e agravos à integridade física e mental dos consumidores, aliado à dificuldade de julgamento de leigos sobre a qualidade e a adequação dos serviços prestados por profissionais (derivada da complexidade técnico-científica e ética envolvida nestes serviços) é a principal razão evocada para regular o exercício das profissões, retirando seu campo de prática do "livre jogo" das forças de mercado. Nos dias de hoje pode-se dizer que as responsabilidades do estado nesse campo se vêm inclusive aumentadas, entre outras coisas porque muito mais que outrora a

legitimidade dos estados cada vez mais depende de gerenciamento dos riscos aos quais se vêm submetidas as populações, não somente no terreno econômico como também dos outros riscos advindos das mudanças científicas e tecnológicas e do exercício das profissões auto-reguladas.

Historicamente, a regulação pública das profissões e ocupações de saúde (pelo Estado ou pela instituição de agências com autoridade pública atribuída sobre o campo, como os Conselhos Profissionais) objetivou o estabelecimento de padrões mínimos de prática técnica e conduta ética para manter os consumidores de serviços profissionais a salvo de praticantes inescrupulosos e profissionais incompetentes. A regulação profissional se justificava então na medida em que contribuía para a segurança do público. Entretanto, ao lado desses objetivos anunciados, os regimes de regulação profissional instituídos nos países, resultaram, na prática, na garantia de privilégios econômicos para os membros das corporações profissionais, através da cristalização de reservas de mercado sobre campos imprecisos de prática. A instituição dessas prerrogativas monopólicas sobre campos de trabalho para grupos de profissionais teve vários resultados negativos, incluindo a pequena responsividade ao público, a relativa invulnerabilidade aos legítimos objetivos gerenciais de ampliação da cobertura e acesso aos cuidados, o crescimento do sentimento de "injustiça" entre as ocupações, com exclusão e subordinação hierárquica das ocupações e profissões de menor *status* e o estabelecimento de entraves à políticas estatais de coordenação das profissões tendo em vista, por exemplo, a implementação de políticas de saúde de corte universalista.

Um ou outro desses problemas foram identificados de maneira mais ou menos intensa em todos os países. As iniciativas tomadas pelos

governos para seu enfrentamento variou entretanto de respostas pontuais e pouco efetivas (na maior parte dos países) até reformas mais abrangentes do sistema de regulação profissional (como no caso do Canadá).

No caso do México, o estudo de país apontou uma relativamente pequena visibilidade das questões da regulação profissional na agenda governamental. Apesar disto as questões relativas à certificação (e recertificação profissional), à regulação das especialidades médicas e à regulação da má prática e do erro profissional encontram-se sob escrutínio público. Neste país foi criada nos anos recentes a *Comisión Nacional de Arbitraje Médico* (CONAMED) com a função de resolver os conflitos suscitados entre os usuarios e os prestadores de serviços médicos. Sobre sua efetividade vale a pena remeter ao comentário de um dos atores entrevistados no estudo do país

"... en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico recibimos menos de 20 quejas en promedio diario, que corresponden a una por cada 35 mil consultas otorgadas y eso sin contar a la medicina privada"

Acredita-se entretanto que a instituição desta comissão como instância supervisora, conciliadora e de aconselhamento da governo na área da saúde possa influir em médio prazo como elemento de regulação da prática profissional. Com relação à questão da certificação apesar de que sua importância seja ainda muito reduzida no setor público ela tem funcionado como requisito indispensável para o exercício das especialidades no setor privado, especialmente no segmento dos seguros. Por fim há que ressaltar a existência de pressões para mudar os mecanismos de regulação do exercício da medicina e de suas

especialidades por parte dos Colegios, dos Conselhos de Especialidades e da Academia Nacional de Medicina.

No caso da Colômbia, no estudo do país, se aponta para a necessidade de rever a legislação de regulamentação das profissões de saúde (dos anos 60) considerada anacrônica diante dos problemas colocados pela ampliação dos mercados privados de serviços e seguros de saúde conseqüente à reforma pró-mercado do sistema iniciada na presente década. O acirramento da concorrência entre grupos e empresas profissionais, no contexto dos arranjos instituídos pela *concorrência administrada*, reclama novos mecanismos de governança profissional no âmbito da formação, do direito de exercício das profissões e especialidades, no plano da ética profissional e da segurança do público. Os principais grupos profissionais da área da saúde demandam a ampliação das jurisdições de auto-regulação profissional através da obrigatoriedade do registro dos profissionais em seus respectivos colégios aos quais deveria ser atribuído *status* de agente de regulação pública nos aspectos relativos ao controle e fiscalização do exercício profissional, estabelecimento de *standards* de qualidade etc.

No caso do Chile a deslegitimação dos colégios profissionais como agentes públicos de regulação profissional promovida no governo Pinochet é apontada como problema¹². Diversos atores do sistema reclamam a necessidade da criação de instituições de governança profissional. Nos debates parece prevalecer o “*enfoque de una comunidad extendida de pares (stakeholders) en generar una resolución más debatida, correcta, equilibrada*” ao invés do estabelecimento de instituições de auto-regulação profissional tradicionais.

¹² DL de fev. de 1981 transformou os colegios profissionais em associações gremiais de filiação voluntária. Até então os colégios tinham mandato de

No Brasil, apesar de que o tema não tenha a visibilidade conferida por exemplo às questões da flexibilização das relações de trabalho e da terceirização, pode-se dizer que o tema tem adquirido crescente interesse. As formas institucionais de auto-regulação profissional vigentes no Brasil, direcionadas sobretudo à autorização e controle do exercício, sofrem hoje pressões para mudanças a partir de diversas fontes. A opinião pública, através da mídia reclama da pequena abertura e do excessivo zelo protecionista com que os Conselhos Profissionais brindam as próprias profissões reguladas em detrimento do público, especialmente nos processos que envolvem conflitos éticos e de má-prática entre clientes e profissionais. Um crescente número de ocupações não regulamentadas que demandam regulação, especialmente na área da saúde, ao não verem suficientemente contemplados seus pleitos, queixam-se do elitismo e da relativa impermeabilidade do sistema com relação às demandas das ocupações de menor prestígio social e poder econômico. Estas profissões “menores”, digamos assim, ao reclamarem os privilégios da auto-regulamentação profissional, apelam geralmente para a questão da igualdade de oportunidades nos mercados de trabalho ou para o critério da justiça entre as profissões (em referência àquelas profissões auto-reguladas). Dos projetos de lei encaminhados ao legislativo federal (Câmara e Senado Federais) demandando regulamentação profissional na área da saúde, no Brasil, entre 1970 e 1995, 40% tiveram como objeto a regulamentação do exercício. Atividades profissionais tais como a dos nutricionistas, biomédicos, biólogos, técnicos em prótese dentária, psicólogos, médicos veterinários, entre outras, tiveram o exercício profissional regulamentado e/ou seus Conselhos Profissionais de fiscalização do exercício aprovados e criados no período. Por seu turno,

agente público de regulação.

ocupações como massagistas, acupuntura, medicina oriental, medicina alternativa, terapeuta naturista, não obtiveram aprovação. Um projeto de lei, apresentado pela Associação de Técnicos de Higiene Dental, solicitando a regulamentação da ocupação e autonomia com relação ao Conselho Federal de Odontologia obteve parecer negativo da assessoria técnica do Ministério do Trabalho e foi indeferido, sob a alegação de que a regulamentação ocupacional deveria estar reservada àquelas atividades que, não supervisionadas, oferecessem risco ou ameaça à segurança do público. Estas categorias ocupacionais que demandaram regulamentação e não conseguiram resultado positivo, continuam articulando-se, negociando apoio político para ver aceita sua demanda por regulamentação junto ao legislativo¹³. Profissões auto-reguladas e de muito estabelecidas e legitimadas pela sociedade - como a medicina, a odontologia e a farmácia, para ficarmos na área da saúde - reclamam do relativo anacronismo e demandam mudança e adequação de importantes aspectos da legislação que regulamenta o exercício das profissões. Em geral, em nome da defesa do interesse público, demandam expansão de sua jurisdição para fiscalizar, além do exercício dos pares profissionais, a atuação das empresas e serviços que cercam a produção dos serviços profissionais. Estas profissões também reclamam maior poder para regular os fluxos de entrada de profissionais nos mercados de trabalho através de um maior controle sobre o sistema de educação profissional. O Conselho Federal de Medicina, por exemplo, quer ver ampliado seu poder de regulação para além da fiscalização do exercício dos profissionais: reclama por prerrogativas de avaliar e impor padrões de qualidade sobre serviços e estabelecimentos de saúde bem como fiscalizar os seguros e planos de saúde, as escolas de medicina e enfermagem (!), as secretarias de saúde e até o ministério da saúde. Mais ainda, numa demanda

(para mais detalhes ver Girardi e Carvalho, 1996).

tipicamente neocorporativa, insistem no papel de co-participante da formulação e gestão das políticas de saúde. O Conselho Federal de Farmácia, na mesma direção, reclama além de maior poder de fiscalização de seus pares a fiscalização sobre as drogarias e farmácias, empresas atacadistas de comercialização farmacêuticas e indústrias farmacêuticas. por outro lado, os dentistas justificam suas demandas exclusivas, alegando que dificilmente exercerão eficazmente o mandato de fiscalização do exercício da profissão, enquanto não obtiverem mandato também para autuar os infratores da lei de exercício da profissão. Eles querem "poder de polícia" para combater a charlatanismo profissional (referindo-se aos práticos). Nestes três casos tratam-se, ao nosso ver, de demandas de ampliação de jurisdição da auto-regulação profissional. Administradores e gerentes se vêem engessados no cotidiano por um sistema que delimita legalmente monopólios sobre extensos e imprecisos campos de prática e dificulta a utilização plena das competências e o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Muitos desses tecem expressamente críticas quanto à rigidez do atual sistema de autorização e controle do exercício profissional demandando, em nome da eficiência, arranjos regulatórios mais flexíveis e, inclusive, desregulação de certas atividades que não envolvem riscos ou são realizadas em condições de completa heteronomia e controle externo. Por fim, no atual regime de regulação profissional é muito pequena a margem de influência das autoridades setoriais dos governos na área da saúde nos planos federal, dos estados e dos municípios sobre o comportamento das profissões. Assim, em nome do aumento da governança profissional as autoridades sanitárias também pressionariam por mudanças no atual sistema. Na verdade, ao lado da reforma administrativa do aparelho de Estado, da reforma das relações de trabalho e da reforma da educação profissional, processos que já ocupam a agenda governamental, a reforma do regime de regulação do

exercício das profissões de saúde, apesar de sua pequena visibilidade para as autoridades governamentais do setor, constitui elemento estratégico para o sucesso da reforma setorial.

O estudo do país identificou como problema a baixa eficácia e a pequena sensibilidade do parlamento em relação às questões da regulação profissional. Mais de 95% dos projetos relativos à regulamentação profissional apresentados ao legislativo federal entre 1973 e 1999 foram indeferidos (arquivados definitivamente ou rejeitados) seja por insuficiência de argumentação seja por inconstitucionalidade. Ao mesmo tempo verificou-se que os custos destes processos se mostraram excessivamente altos em função de sua baixíssima eficácia. Por seu turno, as comissões da Câmara dos Deputados e do Senado, que examinam as demandas de regulamentação dos grupos profissionais, queixam de sobrecarga de agenda frente à baixa eficácia do mecanismo.

Tendo em vista estes problemas o Ministério da Saúde do Brasil instituiu recentemente um grupo tarefa para propor diretrizes para o enfrentamento das questões relativas à regulação profissional no país. Dentre as tarefas atribuídas ao grupo constam os seguintes pontos:

- Rever a legislação de exercício profissional vigente no país à luz da legislação vigente no regime internacional;
- Elaborar um protocolo que padronize os requerimentos e oriente a análise das múltiplas demandas de regulação profissional;

Propor mecanismos e estruturas alternativas para recebimento, análise preliminar e encaminhamento das demandas de regulação profissional

na área da saúde no sentido de racionalizar as demandas e orientar as comissões parlamentares.

As Reformas do Sistema de Regulação Profissional no Canadá

No Canadá, as províncias de Québec e Ontario reformaram amplamente seus sistemas de regulação profissional ao longo dos anos 70 e 80 como parte das reformas administrativas do setor saúde para que estes se adequassem aos novos formatos do seguro social. As diferenças entre os dois sistemas adotados são notáveis, seja no que respeita ao *timing* das reformas seja quanto à sua própria natureza e conteúdos.

O sistema vigente em Québec foi instituído com a reforma profissional de início dos anos setenta e engloba as profissões de todos os setores de atividade, da advocacia à engenharia, passando pelas profissões de saúde. Estão instituídos quatro agentes reguladores centrais: o governo, as ordens profissionais (44 com aproximadamente 275000 membros) com mandato de assegurar a proteção do público e regular seus membros; o Bureau de Profissões de Québec (L'Office), organismo de supervisão e coordenação da política de estado para as profissões e o Conselho Interprofissional de Québec com função de concertação entre as ordens e grupos profissionais. No sentido de promover a cooperação entre os grupos profissionais a reforma estabeleceu dois tipos de profissão: as "profissões de exercício exclusivo" e "profissões de título reservado" (no primeiro caso somente os membros das ordens reconhecidas podem portar o título e exercer as atividades que lhes são reservadas pela lei; no segundo se estabelece o privilégio de utilização dos títulos sendo que o exercício das atividades pode ser compartilhado por membros de outras profissões).

O sistema vigente em Ontario, por seu turno, foi introduzido pela reforma profissional iniciada nos anos 80 e concluída com a implementação da "Lei de Profissões de Saúde Regulamentadas" que entrou em vigor em 1994. Diferentemente do sistema implementado em Québec a reforma profissional de Ontario toma apenas as profissões do setor saúde atribuindo a responsabilidade de regulação profissional à gestão governamental do setor saúde. Pode-se dizer que a reforma do sistema das profissões de saúde que está sendo implementada em Ontario é muito mais radical em seus fundamentos que quaisquer outras experiências observadas na região, seja pela novidade dos conceitos seja pelas inovações institucionais introduzidas com o objetivo de garantir o interesse e segurança do público, a qualidade e acessibilidade dos serviços e a equidade entre profissões de saúde. Vale a pena por isto um breve relato da experiência, elucidando os principais conceitos postos em prática. Em 1982, o Ministro de Saúde da Província, por intermédio de uma lei, estabeleceu uma comissão independente para rever o regime de regulação das profissões do setor. Este grupo teve entre suas atribuições: rever toda a peça de legislação profissional da província; recomendar que profissões deveriam continuar auto-reguladas; recomendar sobre que profissões ainda não reguladas deveriam ser reguladas; recomendar sobre que profissões reguladas não deveriam mais ser reguladas. Após quase uma década de amplas discussões e debates envolvendo as diversas profissões e grupos ocupacionais, usuários, governo e gestores de serviços de saúde, promulgou-se, em 1991, a "Lei das Profissões de Saúde Reguladas" (The Regulated Health Professions Act - RHPA) que reforma a regulação profissional na área da saúde. Entre os novos conceitos introduzidos pela reforma profissional de Ontario figuram, entre outros: (i) o conceito de escopo de prática; (ii) as noções de atos controlados e atos autorizados; (iii) a noção de proteção de título (*title protection*).

A noção de escopo de prática, por exemplo, estabelece os parâmetros da profissão. Se estabelece o que a profissão faz e como ele deve fazer o que faz. Escopos de prática sobrepostos (overlapping scopes of practice) são não apenas reconhecidos como encorajados. Nesse sentido busca-se eliminar a noção de campos exclusivos que está na raiz da constituição dos monopólios profissionais.

A noção de ato controlado se refere a qualquer ato ou procedimento que implique em significativo risco de promover dano físico ou mental ao público. Tais atos são reservados aos membros das profissões reguladas pela lei. Nenhuma pessoa não pertencente às profissões autorizadas podem exercê-lo sem incorrer em prática ilegal.

A noção de "proteção de título", que apenas membros da profissão são permitidos ostentar, tem o objetivo de assegurar ao público que o usuário do título profissional tem os mínimos níveis de qualificação exigidos pela profissão em questão e estão regulados pelo Colégio de Regulação da profissão.

Ao mesmo tempo que introduziu estes conceitos, a reforma definiu quatro instituições básicas que compartilham a tarefa de promover conjuntamente a regulação profissional no sentido do interesse público: os Colégios Profissionais com mandatos de proteção do público e controle do exercício dos pares; um Conselho Consultivo de Regulação das Profissões (Health Professions Regulatory Advisory Council - HPRAC), que representa o interesse público; o Health Professions Bureau, estrutura quasi-judicial criada para acelerar os processos e demandas do público sobre erro profissional e outras, e no âmbito do Ministério da Saúde, é instituído o Departamento de Profissões (Professional Branch),

que representa o governo. Pode-se dizer que o modelo instituído baseia-se na idéia de um *mix* regulatório que opera constantemente *trade offs* entre interesses conflitantes dos diversos atores que atuam no campo: profissões regulamentadas, grupos que demandam regulação, usuários e gestores de serviços. O princípio do interesse público figura como uma espécie "fiel" da balança.

O fato das províncias canadenses representarem as experiências mais abrangentes de reforma da regulação profissional no continente não implica a ausência de problemas e dificuldades. Em Québec, por exemplo, se ressentia do problema da falta de especificidade setorial do sistema adotado. O fato do sistema adotado envolver profissões dos mais diversos setores de atividade tem impedido pequenas reformas dentro da área da saúde, que não encontrariam maior obstáculo entre as profissões do setor mas encontram resistências de profissões de outros setores de atividade¹⁴. Por outro lado, a diferenciação entre dois grupos de profissões - as de título exclusivo e as de título reservado - promovida nos anos setenta para facilitar a cooperação entre os diversos grupos profissionais, não tem funcionado a contento. Observou-se, na prática, que a delegação de atos e funções das profissões de título exclusivo para correlatas de título reservado mostrou-se muito mais conflituosa e complicada do que se podia a princípio imaginar.

Também no caso de Ontario na implementação da reforma apareceram dificuldades dentre as quais são referidos : (i) o problema dos elevados custos do novo sistema - especialmente pela necessidade de se elaborar legislações específicas para cada uma das profissões regulamentadas; (ii) a lentidão relativa da produção das regulamentações específicas a

cada profissão regulamentada pela Lei, o que amplia os conflitos; (iii) os graves conflitos com a corporação médica que ressentia a perda de suas antigas prerrogativas quasi-monopólicas¹⁵.

O caso dos Estados Unidos

No caso dos Estados Unidos, questões como a necessidade de fortalecimento e coordenação dos conselhos estaduais de profissões (*state professional boards*) e publicização das estruturas de governança das profissões; de revisão dos chamados escopos de prática e da provisão de mecanismos de garantia continuada da competência, foram como prioridades da política do estado para as profissões no último relatório do grupo-tarefa em regulação da força de trabalho em saúde da *Pew Health Professions Commission* (Finocchio et al., 1998).

Embora acometidos com a proteção dos consumidores e a despeito da existência de leis de abertura das reuniões ao público, os *professional boards* são, em geral, desconhecidas do público no que respeita às suas funções públicas (Finocchio et al., 1998). Existe, ademais, pouca coordenação de atividades entre os *boards*, seja nos aspectos interprofissionais seja entre os estados. Por fim os *boards* estão pouco equipados financeiramente para conduzir efetivamente os encargos de coletar e publicar informações para o público.

Com relação aos problemas de demarcação de escopos de prática, a autorização legal para exercer as atividades profissionais (e de ser pelo seu exercício reembolsada) encontra-se definida nas leis de prática (ou exercício). Conforme Finocchio (1998) "Estas leis de prática,

¹⁴ Ver capítulo específico.

¹⁵ Para maior detalhe ver capítulo sobre EUA e Canadá.

frequentemente diferentes de um estado para outro, são fontes de consideráveis tensões entre profissões". Nos dias de hoje as disputas entre profissionais têm produzido forte sobrecarga nas agendas do legislativo dos estados por todo o país. Os corpos legislativos dos estados são hoje as autoridades com mandatos para decidir sobre a regulação do exercício profissional. Os legisladores decidem que novas ocupações correntemente desreguladas devem ser reguladas, que ocupações regulamentadas devem ser desreguladas e em que níveis uma profissão regulamentada pode ter suas jurisdições de prática expandidos ou, ao contrário, contraídos. Todas estas questões são decididas no âmbito dos legislativos dos estados. O problema mais crítico nesse sentido - ademais do tempo e recursos (organizacionais, políticos, econômicos) que estas batalhas tomam aos grupos profissionais e parlamentares - "é o processo de tomada de decisão mesmo o qual é distorcido por contribuições para campanhas, lobbying efforts e lutas de poder político". A criação de alternativas institucionais para avaliação e análise das demandas menos carregadas de tonus político e mais fundamentadas em evidências técnicas e empíricas se coloca como necessidade no sentido de se garantir um sistema mais custo-efetivo, com mais qualidade e segurança para os usuários e tratamento equânime para os profissionais do setor.

Com relação ao tema da educação e certificação continuada da competência dos profissionais de saúde os estados não requerem (e mesmo não permitem) que os boards de regulação profissional joguem um papel pró-ativo no requerimento de competência contínua e recertificação de licenças para o exercício profissional. Admite-se que o setor privado tenha mais presença neste campo (Finnochio, 1998) promovendo certificação através de associações voluntárias.

Problemas mais específicos de regulação apontados nos estudos de casos dos países estiveram, de uma maneira geral, relacionados com as necessidades de adaptação dos modelos de regulação profissional historicamente adotados aos câmbios dos sistemas de serviços de saúde e às transformações mais globais pelas quais passam as sociedades em questão.

3.3. O problema da terceirização

A questão da chamada "terceirização" figura entre os problemas que extrapolam o campo dos recursos humanos, como problema específico de regulação do trabalho ou das profissões para situar-se, nos dias de hoje, no cerne da problemática da gestão dos serviços de saúde. Uma série de manifestações disfuncionais que se apresentam aos gerentes dos serviços e sistemas de saúde como a proliferação dos contratos e da burocracia para sua administração; o crescimento da concorrência e dos conflitos entre grupos; a diminuição da disposição à cooperação entre profissionais e especialidades e entre o trabalho e a gerência; as crescentes dificuldades dos diretores e gerentes de serviços em gerenciarem a qualidade técnica e ética do trabalho profissional pela proliferação de núcleos atomizados de mando e decisão; a diminuição da participação e a perda do interesse dos trabalhadores na missão dos serviços de saúde; o descompromisso com a continuidade e a integralidade dos cuidados de saúde a desumanização do atendimento aos usuários; entre outras; decorrem, em larga medida, da relativa escassez de critérios e a forma desordenada como vem sendo conduzida a terceirização dos serviços de saúde. Estas situações produzem crescente insatisfação dos usuários com relação à qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde.

A razão de incluirmos o problema da terceirização como questão limítrofe entre a regulação das relações de trabalho e o exercício das profissões se deve a dois motivos. Em primeiro lugar por que a terceirização, nas suas diversas vertentes, foi (e ainda parece ser) a resposta formal que, no quadro das políticas de transição para o regime regulatório efficientista, os setores de atividade baseados no regime salarial encontraram para escapar da pressão dos custos indiretos do trabalho¹⁶ (aquilo que alguns autores definem como "pressão salarial"). A terceirização proporcionaria mais eficiência e traria vantagens competitivas para os estabelecimentos. Dissemos que a terceirização foi a resposta formal porque em muitos casos a informalização dos mercados de trabalho foi uma estratégia que com ela competiu diretamente e daí mesmo a freqüente dificuldade de se traçar uma linha demarcatória clara entre os dois processos em muitos países. Em segundo lugar, ao mesmo tempo que foi uma resposta à pressão salarial, a terceirização demandou claramente processos de reforma flexibilizadora tanto dos sistemas de relações de trabalho dos países, que se demonstravam, através de prova prática, excessivamente enrigecidos; quanto dos sistemas de regulação profissional que necessitavam se adaptar às formas emergentes de propriedade e controle dos empreendimentos setoriais que a terceirização tratava de revelar¹⁷.

Nesse sentido a aparente solução da terceirização coloca problemas de tal ordem graves que reclamam mudanças ao mesmo tempo nos sistemas de regulação das relações de trabalho e das profissões.

¹⁶ Especialmente dos benefícios sociais e do custo das demissões.

¹⁷ Cf. Girardi (1999).

De uma maneira genérica, a terceirização pode ser definida como a contratação de agentes terceiros em lugar da contratação direta de empregados assalariados ou, de forma alternativa, da contratação ou "credenciamento" de autônomos, para provisão de serviços profissionais ou qualquer outro tipo, dentro de uma organização¹⁸. Estes agentes terceiros podem funcionar simplesmente como intermediários na oferta de força de trabalho à organização/ instituição contratante, como é o caso das agências de emprego, ou podem proporcionar-lhes um pacote inteiro de serviços. Seja como for, em toda a terceirização o que se estabelece é uma relação contratual entre um principal (contratante) e seu agente (o contratado) na qual o segundo age em nome e por determinação do primeiro. A existência de conflitos de interesses entre as partes contratantes, torna necessário o estabelecimento de todo um conjunto de normas para definir as regras contratuais bem como para efetivar seu cumprimento e repactuar, quando necessário, os termos do contrato / relação.

Até recentemente o fenômeno da terceirização no setor de serviços de saúde esteve de alguma maneira localizado em funções de apoio operacional, serviços gerais e administrativos, serviços de hotelaria e outros considerados não essenciais, bem como algumas áreas de apoio diagnóstico e terapêutico. O aumento da produtividade e da eficiência na produção de serviços, via transferência dos custos dos passivos trabalhistas e da administração dos conflitos para os agentes terceiros contratados se colocava entre as principais vantagens comparativas da terceirização. Por outro lado, dizia-se, a delegação de funções não

¹⁸ A rigor não se pode dizer que seja este um fenômeno novo na área da saúde. Na realidade em quase todos os países as instituições da Seguridade Social, nos seus distintos formatos, ao lado de manter seus próprios serviços, sempre utilizaram, em distintas proporções, o expediente da contratação de terceiros para a prestação de serviços de saúde. O fato novo e aparentemente inusitado talvez se refira às proporções que o fenômeno hoje atinge bem como seu deslocamento para os níveis mais micro-organizacionais no setor público. O desassalariamento e a flexibilização do trabalho, com as respectivas conseqüências em termos de desproteção do trabalho constitui o lado inexoravelmente preocupante do fenômeno.

essenciais a terceiros permitia que a gerência se ocupasse mais integralmente dos temas de excelência do setor em questão o que trazia ganhos de qualidade. Ademais, num contexto em que o que ocorria era apenas a transferência de obrigações com o passivo trabalhista do contratante (principal) para o contratado (agente) mitigava-se, pelo menos em curto prazo, o problema da desproteção social do trabalho que somente veio a se apresentar de forma considerável com o passar do tempo¹⁹. Se pode dizer que nos dias de hoje este quadro está bastante mudado. A terceirização ganhou espaço e vem atingindo de forma crescente áreas antes protegidas, como os serviços profissionais especializados e essenciais, a gerência dos serviços e inclusive a gestão financeira. Ademais, os próprios agentes terceiros também se diferenciaram muito.

É cada dia mais evidente as diferenças entre, por um lado, a terceirização via subcontratação de pequenas empresas de profissionais liberais, cooperativas de profissionais e profissionais organizados em rede - nas quais os participantes são cotistas, co-proprietários ou parceiros - e a terceirização via contratação de serviços temporários e agências de emprego - onde persiste a clara distinção entre proprietários e empregados. Enquanto estas últimas tendem a incorporar os custos indiretos do trabalho, inclusive das demissões - e esta é a vantagem comparativa que oferecem às empresas contratantes com relação à alternativa da relação salarial - as primeiras tendem a transferir para cada um dos trabalhadores o financiamento de sua proteção em termos de benefícios e proteção social do trabalho.

¹⁹ Nesse contexto, os únicos atores que ofereciam resistência à terceirização eram os sindicatos porque perdiam representatividade e poder de barganha pela fragmentação e segmentação do trabalho dentro das empresas.

Uma segunda diferenciação de grande relevância para a análise do processo no setor saúde é a diferenciação entre a terceirização do trabalho e dos serviços profissionais e a terceirização da gestão financeira e da gestão dos serviços. Apesar de que em ambos os casos o que se estabelece é uma relação entre um principal (o contratante) e seus agentes (os terceiros contratados), os instrumentos e mecanismos de regulação e as implicações da desregulação são bastantes diferentes em cada caso.

Nos estudos dos países foram identificados problemas relacionados com os distintos tipos de processo de terceirização mencionados. Por um lado, se identificaram problemas nos processos de terceirização dos serviços de profissionais de saúde. Por outro lado, naqueles países nos quais os processos de terceirização avançaram, para além da terceirização dos serviços e da força de trabalho, para atingir a própria gestão e gerência dos serviços e mesmo a gestão e a gerência de recursos (inclusive financeiros, tecnológicos e da informação), identificaram-se os problemas peculiares a esse segundo tipo de terceirização.

Pode-se dizer que o grau de preocupação com o problema da terceirização (ou mais geralmente falando, sua importância) está relacionado com seu escopo de abrangência, conforme visto, mas também com a capacidade ou os graus de habitualidade (ambos pressupondo a existência de arranjos institucionais prévios) com que o país ou setor tenham com o seu manejo.

Sem a intenção de comparação entre os países - que de resto não faz parte do objetivo deste trabalho - e apenas para ilustrar o problema tomaremos alguns exemplos de países onde preocupações com a

terceirização foram apontados de forma mais proeminente nos estudos de casos.

No caso da Colômbia, a recente criação das Entidades Promotoras de la Salud (EPS) - e das Administradoras del Régimen Subsidiado (ARSs) - como agentes administradores de seguros de atenção à saúde; das Instituciones Prestadoras de Servicios (IPSs), que têm por responsabilidade organizar e prestar assistência aos usuários; e a subsequente transformação dos hospitais públicos em Organizações Sociais, com autonomia para contratação e subcontratação de serviços profissionais, trouxe à baila problemas de regulação nos dois âmbitos mencionados.

Existe, por um lado, o que no estudo do país se qualificou como problema da regulação da chamada "intermediação" promovida pelas EPS. Conforme reportado no estudo

La incorporación de la intermediación, que inevitablemente deben cumplir las EPSs y ARSs, introduce nuevos factores en las relaciones laborales y del ejercicio profesional cuyas implicaciones y alcances no están plenamente establecidos.

E ainda, de forma mais específica

La instrumentación de la competencia regulada y de la atención gerenciada, fácilmente corren el riesgo de confundir el racionamiento de los servicios, con la racionalización del uso de recursos, que se logra mediante el diseño y la implementación de modelos adecuados de atención, de los cuales forman parte la contratación y la remuneración apropiadas del trabajo profesional.

Grande parte das dificuldades apontadas parecem derivar da posição ambígua destas instituições. As EPS cumprem a um só tempo o papel de *agente* na relação com o Estado - na medida que a elas são delegadas as funções de inscrever, registrar, coletar contribuições e garantir a provisão dos serviços aos quais os afiliados têm direito - e *principal* na relação com as IPS e grupos empresariais médicos e cooperativas que são por elas contratados. Os problemas de desenvolvimento e demarcação de territórios de jurisdição das estruturas e mecanismos de regulação e governança da relação *principal* - *agente* entre estado - EPS, por um lado e EPS - provedores, por outro não são de pequena monta. O problema se vê agravado quando se leva em conta que a situação de "*competencia regulada* " y "*atención gerenciada*" implica no domínio de mecanismos "*que son nuevos, y aun extraños, en el medio nacional*", conforme aponta o estudo de país.

Por outro lado a proliferação de grupos e empresas de profissionais (especialmente empresas médicas) e cooperativas de profissionais de saúde que atuam no mercado de cuidados de saúde vendendo serviços tanto para as EPS como para as Organizações Sociais (os hospitais públicos reformados) coloca problemas de outra ordem. Para aumentar a produtividade econômica e a eficiência na produção de serviços médicos estas organizações expandiram a utilização de mecanismos alternativos de pagamento baseado em atos e procedimentos. Conforme um estudo recente realizado no país "*este es el mecanismo de pago ideal para las empresas, del punto de vista de la gerencia de los medicos*" (Nigenda & Machado et al., 1998). O outro lado da questão é que neste processo assiste-se a um crescente desassalariamento que afeta particularmente aos segmentos mais jovens da profissão médica. Subcontratados por estas empresas e pagos por ato ou produtividade

estes tendem a reclamar da perda das posições salariaadas e dos direitos sociais que a relação salarial se lhes assegurava.

No caso do Brasil, os problemas de regulação da terceirização na área da saúde são crescentes, seja no setor privado conveniado com o SUS, onde o processo é já antigo mas muito discretamente regulado e em muitas áreas mesmo desregulado; seja no setor público, que para fugir ao formalismo e à rigidez das normas de contratação e remuneração, tem ensaiado formas de terceirização que muitas vezes se situam na informalidade e mesmo nas "franjas" da ilegalidade²⁰.

Seja como for, as questões da terceirização pela dimensão avultada dos problemas que têm acarretado, figuram hoje na agenda das autoridades sanitárias das altas esferas de governo seja no nível federal, seja no dos estados e municípios. A questão tem sido tema de debates frequentes e recentemente (em julho do corrente ano) foi alvo de dois seminários promovidos por iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Também as agências de regulação profissional, como o Conselho Federal de Medicina, dão evidências de crescente preocupação com o problema, entre outras coisas, em função das dificuldades de controle, fiscalização e supervisão técnica e ética da prática médica em contextos nos quais as próprias juntas diretoras e direções clínicas dos estabelecimentos já não detêm o controle direto dos profissionais que trabalham no hospital, que atuam sob o comando e normas de produção e remuneração de uma miríade heterogênea e sobretudo concorrente de grupos profissionais, cooperativas e mini-empresas médico-hospitalares contratadas.

²⁰ A terceirização, nas suas diversas vertentes, foi (e ainda parece ser) a resposta formal que os setores de atividade baseados no regime salarial encontraram para escapar da pressão dos custos indiretos do trabalho (aquilo que alguns autores definem como "pressão salarial"). Diz-se que a terceirização foi a resposta formal porque em muitos casos a informalização dos mercados de trabalho foi uma estratégia que com ela competiu diretamente e daí mesmo a frequente dificuldade de se traçar uma linha demarcatória clara entre os dois processos em muitos casos

No Brasil, a contratação de agentes terceiros para a prestação de serviços profissionais expandiu vigorosamente nos anos recentes. Os hospitais privados, mormente os do segmento filantrópico e beneficente conveniados do SUS, ao invés de contratar médicos sob o regime salarial ou de utilizar a tradicional alternativa de vinculação do profissional como autônomo, têm demonstrado crescente preferência pela terceirização. Com a proliferação dos seguros, planos e convênios, os hospitais têm estimulado a que os médicos se organizem sob a forma de sociedades de cotistas (micro e pequenas empresas de profissionais liberais) e cooperativas médicas - entre outras formas institucionais. Dados de uma Santa Casa que emprega 3,500 funcionários revelam a vigência simultânea de 134 diferentes contratos, 94 dos quais referentes a serviços de profissionais médicos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Nesse mesmo hospital existe uma cooperativa de médicos com mais de 700 médicos cooperados que tem como função precípua intermediar a vinculação dos médicos com o hospital e remunerá-los²¹. Dentre as formas institucionais de terceirização prevalecem as sociedades de quotas limitadas. Existem hoje no país cerca de 1500 pequenos estabelecimentos (com até 4 empregados) que prestam atividade de atenção hospitalar organizados na forma de sociedades de quotas de responsabilidade limitada²².

Três tipos interligados embora distintos de problemas podem ser associados com a proliferação da terceirização através dessas pequenas empresas de serviços profissionais. Em primeiro lugar, existe um problema relativamente aos custos de administração e regulação

²¹ Estes arranjos são estimulados por brechas da legislação tributária. A carga tributária que incide sobre as empresas de profissionais liberais cotistas e cooperativas é significativamente menor que os impostos e encargos vinculados ao regime salarial e inclusive sobre os descontos sobre o exercício autônomo.

²² A diferença das formas de organização cooperativadas que não subscrevem formalmente finalidades de lucro e costumam instituir normas de distribuição de ganhos de feições mais "equitativas", as sociedades de cotas limitadas se assumem como empreendimentos

desses contratos (os chamados custos de transação) que necessitam ser melhor dimensionados e avaliados. Que novas “instituições” e estruturas são criadas (ou necessitariam ser criadas), no âmbito macro, no sentido de definir as regras mais gerais da terceirização tendo em vista, por exemplo, garantir o bem público dentro dos princípios e normas operacionais básicas do SUS? No âmbito mais micro-analítico é preciso avaliar como as chamadas instituições e estruturas de governança (normas de mercado, híbridos, hierarquias, burocracias etc) operam na regulação das transações individuais. Uma segunda espécie de problema relaciona-se com o acirramento da concorrência por contratos entre grupos profissionais. Num contexto de fraca regulação o acirramento da concorrência pode gerar problemas com relação à qualidade técnica e ética do trabalho²³. Estes problemas, juntamente com a forte desproteção social do trabalho aliada a esse tipo de terceirização, constituem um dos focos de preocupação, tanto do governo como dos conselhos profissionais. Um terceiro tipo de problema que pode estar associado à proliferação de micro-empresa relaciona-se ao adequado equilíbrio remunerativo entre os diversos fatores de produção (capital, trabalho, tecnologias etc.). O fato de que nesses micro-empresendimentos não seja muito clara a distinção entre fatores produtivos pode gerar sobre-remuneração do trabalho e desinvestimento (em médio e longo prazo). Existe também o problema da “migração” de excedentes produzidos no setor saúde para outros setores de atividade maior rentabilidade²⁴ imediata. Estas questões merecem ser adequadamente avaliadas pelos problemas de desinvestimento setorial que podem acarretar no médio e longo prazos.

lucrativos e distribuem lucros e dividendos proporcionalmente aos riscos, mensurados proporcionalmente aos capitais assignados.

²³ Nos casos em que não há *deficits* na oferta (nem práticas de *cartelização*) estabelece-se uma dinâmica perversa nas relações entre os hospitais contratantes e os agentes contratados. Existe a tendência de estabelecer-se *trade off* entre qualidade e preços. Nessa “troca” a qualidade poderia ser sacrificada no limite da insatisfação que gera perda efetiva de clientela. Além disto, a tendência do estabelecimento de mecanismos de *seleção adversa* de clientela precisa ser contrarrestada.

A terceirização da gerência de serviços hospitalares é outro fenômeno que a partir dos anos recentes tem crescido de forma vertiginosa, particularmente na rede hospitalar filantrópica vinculada por contratos ao Sistema Único de Saúde - SUS. Um número crescente de hospitais filantrópicos - que ao longo dos anos 90 constituíram planos próprios de saúde para contornar seus graves problemas de financiamento - vem utilizando o expediente de contratar agentes terceiros para gerenciar seus hospitais. Nestes contratos de gestão se permite aos terceiros contratados que, atendidas as cotas de usuários do SUS e dos planos de saúde próprios, atuem de forma pró-ativa no mercado de planos e seguros de saúde. A proliferação desregulada deste tipo de arranjo tem induzido a processos de segmentação e discriminação de clientela ampliando as desigualdades de tratamento inclusive no que diz respeito ao acesso a diferentes tipos de profissionais e especialidades e tecnologias disponíveis.

Também no setor público, a contratação de serviços via cooperativas de profissionais de saúde vem sendo adotada como alternativa para fugir à rigidez das normas que regulam a contratação e remuneração do trabalho; assim como está aumentando o número de casos em que o setor público entrega a gerência dos hospitais para terceiros.

A terceirização dos serviços de apoio diagnóstico, como se disse anteriormente, é um fenômeno de mais longa data. Nesse segmento um problema que tem chamado a atenção dos gestores da área e agentes reguladores e diz respeito ao processo de incorporação das pequenas empresas e empreendedores autônomos pelas empresas de maior porte com maior capacidade de investimento e potencial para acompanhar o

²⁴ Apontado em entrevista com a vice-presidente do Conselho Federal de Medicina.

ritmo das inovações, fenômeno mais evidente nos setores mais intensivos em tecnologias de maior complexidade e custo.

Dessa forma a terceirização figura, nos dias de hoje, no cerne da problemática da gestão dos serviços de saúde. Uma série de manifestações disfuncionais que se apresentam aos gerentes dos serviços e sistemas de saúde como a proliferação dos contratos e da burocracia para sua administração; o crescimento da concorrência e dos conflitos entre grupos; a diminuição da disposição à cooperação entre profissionais e especialidades e entre o trabalho e a gerência; as crescentes dificuldades dos diretores e gerentes de serviços em gerenciarem a qualidade técnica e ética do trabalho profissional pela proliferação de núcleos atomizados de mando e decisão; a diminuição da participação e a perda do interesse dos trabalhadores na missão dos serviços de saúde; o descompromisso com a continuidade e a integralidade dos cuidados de saúde a desumanização do atendimento aos usuários; entre outras; decorrem, em larga medida, da relativa escassez de critérios e da forma desordenada como vem sendo conduzida a terceirização dos serviços de saúde. Estas situações produzem crescente insatisfação dos usuários com relação à qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde.