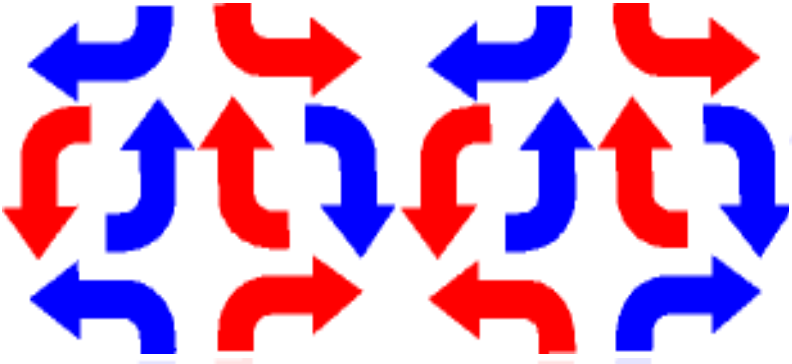
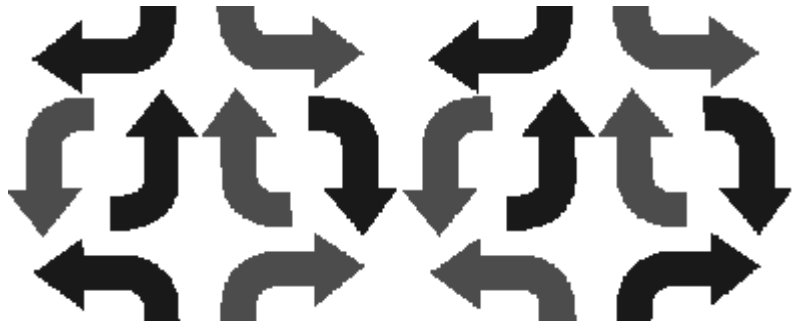
Ministério da Saúde
Universidade de Brasília
Organização Pan-Americana da Saúde



Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado

Brasília - 1998

Ministério da Saúde
Universidade de Brasília
Organização Pan-Americana da Saúde



Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado
- Relatório Final -

Brasília - 1998

© 1998, Ministério da Saúde.

Só é permitida a reprodução total com identificação da fonte e autoria.

Tiragem: 2.000 (dois mil) exemplares

Relatório Final do Seminário "Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado", realizado em Brasília-DF, nos dias 15 a 17 de outubro de 1998.

Edição e Distribuição:

Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 3º andar - Salas 326 e 334
CEP: 70.058-900 Brasília - DF - Brasil
Telefones: (061) 315-2846/315-2890/315-2891
FAX: (061) 315-2862

Impresso no Brasil - Printed in Brazil

Capa e Editoração Eletrônica: Neri Accioly

ISBN nº 853340183-3
Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado. 1.ed., Brasília, Ministério da Saúde, 1998.

198 p.

1. Recursos Humanos em Saúde 2. Reforma do Estado I. Título



Prefácio

O fomento à geração e difusão de conhecimentos e informações é uma das diretrizes de trabalho da área de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. Em paralelo, as perspectivas e desdobramentos da Reforma do Estado se colocam como reflexões da maior relevância para a abordagem das questões contemporâneas de recursos humanos e de novas formas de organização e gestão de serviços de saúde.

Dessa forma, a atual administração disponibiliza a presente publicação, contendo os resultados do Seminário "Regulação e Gestão de Recursos Humanos de Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado", que se constituiu em um privilegiado espaço de reflexão, oportunizando o debate sobre o movimento da Reforma do Estado no Setor Saúde, na visão de gestores, estudiosos e especialistas no assunto.

Brasília, setembro de 1998.

LUIZ CORDONI JÚNIOR

Coordenador Geral de Desenvolvimento
de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS



APRESENTAÇÃO

A atualidade e a relevância das questões de regulação e gestão de recursos humanos em saúde e da proposta de Reforma do Estado motivaram a organização deste evento, direcionado a gestores e lideranças institucionais na área da saúde.

Produto da parceria entre o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, o Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília e a Organização Pan-Americana de Saúde, o Seminário contou com recursos do Programa de Apoio à Formação de Recursos Humanos para o Desenvolvimento da Reforma do Estado – Ação Conjunta CAPES, CNPq, FINEP e MARE.

Considera-se que os temas eleitos – Reforma do Estado e Políticas Públicas no Cenário da América Latina; Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado; Panorama do Trabalho; Regulação do Trabalho e Controle Social; Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado – e a abordagem conferida aos mesmos pelos expositores e coordenadores de mesa convidados permitiram, a um tempo, a visão panorâmica e intercomplementar das informações, experiências, estudos e polêmicas sobre o assunto, além de suscitar debates e contribuições por parte da Plenária. Sem dúvida, o pleno desenvolvimento dos temas deveu-se à participação dos diversos atores presentes ao Seminário, aos quais externamos nossos agradecimentos.

A expectativa é que esta iniciativa represente uma contribuição para a ampliação das reflexões, debates e proposições sobre novas formas de regulação e gestão do trabalho em saúde no contexto da Reforma do Estado, com desdobramentos em outros espaços de estudo e de trabalho.



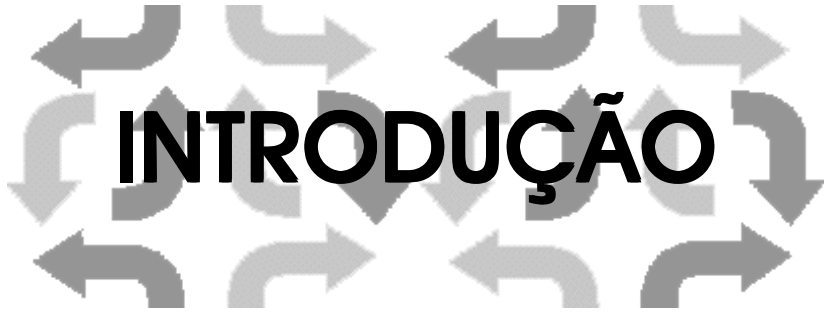
SUMÁRIO

PREFÁCIO 3
APRESENTAÇÃO 5
SUMÁRIO 7
INTRODUÇÃO 9
CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO TEMA 11

PARTE I - Síntese das Apresentações e Debates 15
1ª Mesa - Reforma do Estado e Políticas Públicas no Cenário da América Latina 17
2ª Mesa - Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado 23
3ª Mesa - Panorama do Trabalho 27
4ª Mesa - Regulação do Trabalho e Controle Social 33
5ª Mesa - Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado 39
6ª Mesa - Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado 43

PARTE II - Textos 49
Evolução Recente e Perspectivas do Mercado de Trabalho Brasileiro 53
Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado 99
Gestão Participativa 115
Situacion Social y Escenarios Futuros en el Mercosur* 119
Transformação do Aparelho do Estado decorrente das Diretrizes da Descentralização - Participação da Comunidade: A Experiência dos Conselhos de Saúde 139

A Universidade e a Formação de Recursos Humanos na Gestão da Saúde 147
Modalidades Institucionais Propostas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado 159
A Reforma Regulatória do Trabalho e das Profissões de Saúde: A Política de Recursos Humanos que interessa para as Reformas Setorial e do Estado 165
Reforma do Estado e Cenários Alternativos no Sistema de Saúde 185
PROGRAMA 192
CRÉDITOS 197



INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo vem suscitando a revisão e evolução nas relações e nas formas de regulação e organização global da Sociedade e do Estado.

A Reforma Sanitária em curso e a Reforma de Estado proposta pelo atual Governo movimentam-se nesse conjunto. As demandas por avaliação e posicionamento prospectivo sobre as experiências em curso, bem como as demandas crescentes por informações e estudos relativos aos novos quadros situacionais que se configuram e as correlações possíveis entre as diversas propostas e experiências em desenvolvimento, exigem a disseminação dos trabalhos e estudos que vêm sendo produzidos além da organização de espaços para intercâmbio, reflexão e construção de idéias nessa direção.

O projeto deste Seminário foi concebido nessa perspectiva. Sua programação procurou conferir amplitude e diversidade de abordagem às questões de regulação e gestão de recursos humanos em saúde na perspectiva da Reforma do Estado.

Dessa forma, optou-se por alguns temas e subtemas que pudessem subsidiar o conhecimento de como essas questões vêm sendo tratadas ou estudadas na América Latina e em especial no Brasil. Convidaram-se gestores, especialistas e estudiosos nacionais e internacionais para o desenvolvimento das exposições, na perspectiva de abarcar diversas óticas e situações, com representantes das três esferas político-administrativas do Executivo, bem como com participantes que pudessem tratar aspectos jurídicos, legislativos e aprofundar teoricamente a temática da saúde.

O programa do evento, com a identificação dos expositores e coordenadores de mesa presentes ao mesmo, bem como a indicação dos temas e subtemas desenvolvidos, encontra-se em anexo.

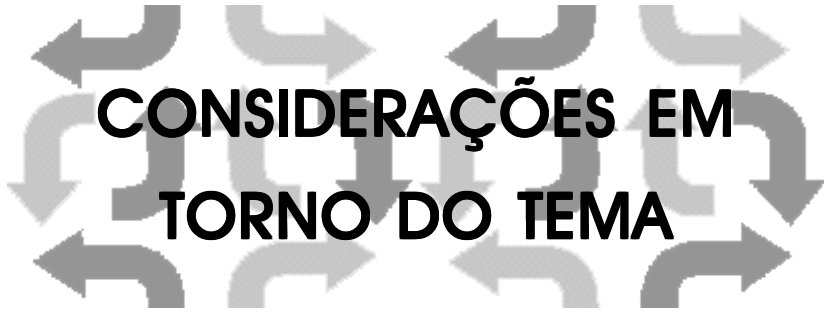
O conjunto do relatório foi organizado em duas grandes partes. A primeira parte onde estão sintetizados, de maneira global, as diversas idéias emanadas dos expositores, coordenadores e demais

participantes, para cada um dos grandes temas e seus subtemas. Dessa forma há seis capítulos nessa primeira parte, correspondentes às diversas mesas:

- ❑ **Reforma do Estado e Políticas Públicas no Cenário da América Latina**
- ❑ **Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado**
  - ➤ *Transformações no Aparelho do Estado decorrentes da diretriz de descentralização.*
  - ➤ Participação da comunidade no controle social de políticas públicas, na visão do gestor.
- ❑ **Panorama do Trabalho**
  - ➤ *Perspectivas na América Latina.*
  - ➤ *Análise da situação do trabalho e empregos.*
  - ➤ *Dinâmica da reorganização e prestação de serviços de saúde: tendências e perspectivas do mercado de trabalho.*
  - ➤ *Modalidades de contratação e gestão do trabalho em saúde no Brasil.*
- ❑ **Regulação do Trabalho e Controle Social**
  - ➤ *Regulação das profissões, das relações de trabalho e da formação de recursos humanos de saúde.*
  - ➤ *Participação da comunidade no controle social de Políticas Públicas de Saúde: a experiência dos Conselhos de Saúde.*
- ❑ **Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado**
  - ➤ *Flexibilidade das relações de trabalho, com vistas à melhoria na qualidade dos serviços.*
- ❑ **Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado**
  - ➤ *Gestão Participativa: bases doutrinário-jurídicas e experiências inovadoras em curso.*
  - ➤ *Participação do trabalhador: a perspectiva do movimento sindical.*
  - ➤ *Modalidades organizativo-institucionais propostas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado*

A segunda parte contém alguns textos disponibilizados pelos expositores sobre o assunto. A seqüência dos mesmos foi feita por ordem alfabética dos autores, considerando que nem todos os temas contém trabalhos escritos correspondentes.

Na parte inicial do relatório há considerações em torno do assunto, tecidas pelos coordenadores do evento já desde sua concepção, que sintetizam as preocupações e a proposta de trabalho para o desenvolvimento do Seminário objeto deste documento.



CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO TEMA

A Reforma do Aparelho de Estado no Brasil, hoje, deve ter como objetivo central implantar uma lógica de administração pública de moldes gerenciais que possa privilegiar o atendimento pronto e eficaz das necessidades dos cidadãos a quem tem o dever de servir. Esta diretriz política funda-se numa avaliação compartilhada por muitos cientistas políticos de que a concepção weberiana de uma burocracia do Estado, que se destaca pelos atributos de impessoalidade e universalidade de sua forma peculiar de "racionalidade modernizante", está definitivamente ultrapassada devido às mudanças introduzidas pelo novo paradigma da organização social da produção e da tecnologia que caracteriza a sociedade capitalista globalizada. Segundo assinala o documento do Plano Diretor da Reforma, a principal preocupação da administração burocrática, em conseqüência, tende a basear sua ação em regras e procedimentos universais e padronizados, que pretensamente garantam a lisura das relações interinstitucionais e interpessoais no plano político-administrativo, mas que se mostram rígidos e incapazes de se adaptarem ao ritmo das mudanças, da complexidade e da variedade das necessidades sociais e individuais no mundo contemporâneo.

A nova forma de administração pública requerida tem sido caracterizada insistentemente através do termo flexibilidade, implicando na idéia de que se faz necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada e emprestar a todos os agentes uma maior autonomia de ação, a fim de estimular um espírito de criatividade e ousadia de experimentar novas soluções. Com efeito, o que se vai tornando amplamente consensual é que, em matéria de métodos e diretrizes de gestão, não há mais sentido em criar, como se fez por muito tempo, uma contraposição drástica entre a linha da administração pública e a linha da administração de empresas privadas. O que se põe em

contraste é um modelo burocrático, já envelhecido, em cotejo com um modelo gerencial comum a todas as organizações contemporâneas, independentemente de sua natureza jurídica.

No modelo burocrático tradicional, o Estado age predominantemente como um instrumento de "racionalização" no uso de recursos através da aplicação de normas e procedimentos formais, que exigem uma centralidade de comando e uma complexa hierarquia de instâncias de controle tipicamente verticalizadas e "estatais". Na administração gerencial, ao contrário, o valor mais apreciado é a capacidade de agregar recursos inéditos e de conceber novos arranjos entre os recursos já existentes, de articulá-los em sentido horizontal de tal modo a garantir a satisfação do cidadão como indivíduo portador de demandas particulares. No lugar do zelo obsessivo com os mecanismos de controle, aparecem os princípios de uma confiança ativa e do potenciamento ("enpowerment") entre gerentes e subordinados ou entre as instâncias diversas ligadas à ação pública. O interesse público é encarnado não só por agências dependentes diretamente do próprio Estado, mas também por organizações que, com autonomia, se difundem e se articulam entre si e com as entidades da sociedade civil para melhor cumprir sua missão. A este movimento o MARE vem denominando de publicização, ou seja , promover a descentralização ampla dos serviços em benefício da "rés pública", entendida como se estendendo bem além da esfera de ação dos órgãos tipicamente estatais.

Na proposta que está sendo levada adiante pelo MARE, as instâncias descentralizadas do poder público assumem grande espaço de liberdade no uso dos recursos humanos e orçamentários e, para tanto, prevê-se ampla revisão da legislação administrativa atual. Dois tipos de organismos têm sido diferenciados: as **Agências Autônomas**, que retêm funções exclusivas de Estado (vigilância sanitária, por exemplo), e as **Organizações Sociais**, que prestam serviços ou produzem bens em concorrência ou complementaridade com a iniciativa privada (como é o caso dos serviços hospitalares). O instrumento comum de ligação orgânica para incentivo à produtividade e qualidade do desempenho, em ambos os modelos organizacionais, é o **contrato de gestão**, que fixa metas e compromissos a serem alcançados num dado período, para efeito de responsabilização diante dos objetivos políticos definidos pelo Núcleo Estratégico do Estado (composto basicamente pelos ministérios do poder federal).

Não é por mera coincidência que alguns dos princípios que inspiraram o projeto do Sistema Único de Saúde - SUS, na década passada, apresentam pontos de coerência com essas diretrizes que hoje

orientam a Reforma do Aparelho do Estado. Nessa época, as lideranças sanitaristas haviam pressentido a necessidade de romper com o domínio enrijecedor exercido pela burocracia sobre o aparelho administrativo dos serviços de saúde. Um radical processo de descentralização administrativa para organismos estaduais, municipais e privados foi previsto como solução adequada para a ineficácia ou morosidade de ação dos gigantescos aparelhos centralizados na instância federal (ligados tanto ao antigo INAMPS como ao Ministério da Saúde). Essa ousada descentralização tem por pressuposto uma autonomização dos agentes envolvidos, visto considerar que os mecanismos de controle burocráticos tradicionais se apresentam muitas vezes como dispendiosos e dispensáveis. De fato, o melhor instrumento de garantia da lisura nos procedimentos administrativos do SUS é dado pela vigilância de atores sociais incumbidos de representar a comunidade nos Conselhos de Saúde. O repasse automático de recursos para estados e municípios partia também dessa premissa. Era previsto um amplo sentido de autonomia de gestão pelos municípios, cujo desdobramento político natural seria o incentivo ao pluralismo das formas concretas de gestão e dos modelos assistenciais. A própria busca da maior eficiência e eficácia encontraria ressonância nos processos descentralizados associados ao desenvolvimento de recursos humanos. Todos esses pressupostos fazem parte de uma pré-condição subjetiva dos atores sociais do SUS, que é a confiança ativa nas instâncias de base do Sistema.

Essa concepção de co-administração democrática e de responsabilização dos agentes descentralizados no SUS tem sido, no entanto, muito obstaculizada no âmbito da gestão do Sistema. No que se refere às modalidades de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde, mantém-se um clima de resistência face aos riscos inerentes ao processo descentralizador. Muitos dirigentes voltam a apegar-se à crença - tão cara à velha burocracia de Estado - na necessidade de multiplicar os mecanismos formais de controle sobre as instâncias locais de gestão. O anseio dos resistentes à descentralização é obter cada vez maior perfeição dos instrumentos de controle, com o que se mantém a tutela indefinida do nível federal sobre os demais gestores.

Na ponta do Sistema, os hospitais e os demais serviços de saúde, por sua vez, sofrem as conseqüências da falta de autonomia administrativa, para comprar e contratar, e se vêem incapazes de pautar sua ação através de instrumentos mínimos de uma avaliação de custo/benefício. Para tais unidades mais que uma simples liberalização da legislação vigente requer-se uma mudança completa do estilo gerencial, que possa conferir maior ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos seus serviços.

Nesse contexto, o que se espera da Reforma do Aparelho do Estado no âmbito do SUS é justamente que ela venha a ensejar condições, bem melhores que as atuais, não só legais e administrativas, mas igualmente ideológicas, que concorram para sua definitiva implantação de acordo com o modelo radicalmente descentralizado com que foi concebido. Portanto, não se trata simplesmente de ajustar o SUS aos preceitos dessa nova Reforma, mas fazê-lo avançar de acordo com seus próprios pressupostos, após ter enfrentado pesadas heranças de uma administração burocrática e centralista.

Essa tarefa de reconversão das instituições de gestão do SUS está, bem se sabe, destinada a intensas polêmicas entre dirigentes e intelectuais. Os chavões interpretativos, da esquerda e da direita, deveriam dar lugar aqui a discussões que recorram aos conceitos e resultados proporcionados pelas ciências públicas e sociais contemporâneas. Os novos paradigmas das políticas públicas e da gerência contemporânea têm que ser expostos, analisados e criticados em sua inteireza. Por outro lado, é importante contar com ilustrativos estudos de casos de administração municipal, tratando de propor alternativas novas de gestão que possam acelerar a consolidação do SUS e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Nessa linha, a proposição deste seminário foi pautada no reconhecimento, pelo setor, de que a consolidação e a implementação do Sistema Único de Saúde e de seus princípios constitucionais requerem, no âmbito das três esferas de governo, um movimento permanente de mudanças. Na área de recursos humanos, estas mudanças implicam na revisão de concepções e práticas, de modo a imprimir maior agilidade, qualidade e resolubilidade no cumprimento da missão institucional.

A realização do evento, em out/97, foi entendida como de fundamental importância, na perspectiva de alimentar o processo em curso no âmbito do SUS, conferindo-lhe novas dimensões e indicando mecanismos facilitadores, além de situar as experiências do setor no contexto mais amplo da Reforma do Aparelho do Estado. Além disso, oportunizou reflexões e indicativos na perspectiva da interação dos projetos de reconstrução da administração pública no país e de viabilização do SUS, representando um auspicioso somatório de esforços voltados ao redimensionamento da regulação e gestão de recursos humanos como eixo de implementação do SUS e elemento contributivo fundamental da Reforma.



PARTE I

Síntese das Apresentações e Debates



1ª Mesa

Reforma do Estado e Políticas Públicas no Cenário da América Latina

A primeira Mesa, versando sobre "Reforma do Estado e Políticas Públicas no Cenário da América Latina", contou com a participação dos especialistas convidados Dr. Eduardo Palma, do Chile, e Dr. Ernesto Aldo Isuani, da Argentina, do Professor Benício Schmidt, da Universidade de Brasília, e da Dra. Cláudia Costin, Ministra em exercício do Ministério da Administração e da Reforma do Estado – MARE.

Foi destacado que o Estado latino-americano é muito pouco conhecido, confundindo-se, em muitos casos, com o Governo Central e ou com a coletividade territorial. Do mesmo modo, o termo "Reforma do Estado", tão propalado nos países da região nos últimos tempos, tem sido utilizado de forma ampla e ambígua, podendo-se afirmar que existem tantas acepções para o termo quanto autores que a ele se referem.

É possível, contudo, perceber que, de um modo geral, as referências ao termo no início dos anos 90 eram marcadas pelas concepções de ajuste das contas públicas e redução do tamanho de Estado, no rastro das idéias disseminadas pelo "Consenso de Washington" (1989). Percebe-se, entretanto, que mais recentemente esse conceito vem sendo objeto de críticas, enquanto que outros — tais como: descentralização, desenvolvimento sustentável e governabilidade democrática — agregaram-se ao ideário da "Reforma do Estado", reconhecidos inclusive pelos organismos financeiros internacionais.

A grande motivação para que proliferassem projetos de "Reforma do Estado" foi o completo desajuste das economias dos países da região, fruto do esgotamento do modelo adotado no período pós–Guerra, caracterizado pela intervenção estatal na produção, na regulação e por políticas de pleno emprego e políticas sociais com vocações universais.

A crise do modelo redundou na omissão do trabalho governamental no que se refere às políticas públicas, justamente, num momento de transição de regimes autoritários para democráticos e de proliferação de reformas constitucionais. Na raiz de tal peculiaridade encontra-se a forma pactuada com que se deram essas transições, que dificultaram a revisão e a alteração na essência das políticas herdadas dos regimes autoritários.

O aprofundamento da crise acabou por levar à adoção, quase que generalizada, de um modelo em que o Estado se retira do setor produtivo, diminui sensivelmente sua capacidade de regulação e promove a desregulamentação de importantes setores da vida econômica e social, tendo como conseqüência o surgimento de altas taxas de desemprego e a substituição de políticas universais pela focalização e ações voltadas a mitigar a pobreza.

Tal modelo guarda forte semelhanças com o papel desempenhado pelo Estado no início do século. Existe, no entanto, uma diferença fundamental no que concerne ao mercado de trabalho: no passado, as qualificações profissionais do exército industrial de reserva não diferiam das do contingente empregado. Em contrapartida, hoje, o modelo de produção demanda por um trabalhador dotado de mais informação e conhecimento, acarretando que os que se encontram fora da produção não mais se caracterizem como um contingente potencialmente absorvível na produção, mas como uma população excedente que só poderá ser integrada ao processo produtivo mediante o aumento de sua capacidade cognitiva.

Essa nova realidade aponta para o risco de se criar aquilo que foi denominado de "zôo humano": a população excedente pode até ser integrada em programas sociais, alimentada e receber cuidados básicos sanitários, mas não terá condições de participar do mundo moderno. Principalmente diante das mudanças ocorridas no processo produtivo, caracterizado por uma modernização intensiva, baseada no conhecimento e na informação e em que a Ciência e a Tecnologia são elementos fundamentais para o desenvolvimento do capital acumulado. A superação desse quadro de dualidade social coloca um desafio enorme diante do Estado, que não se encontra apto para enfrentá-lo.

Para tanto, seria necessário uma transformação na estrutura estatal e no conteúdo de suas políticas, mormente na política edu-

cacional, demandando a busca de uma extensa cobertura populacional do ensino básico e, ao mesmo tempo, uma profunda reformulação dos currículos adotados.

Em relação a esse último ponto destaca-se a necessidade de adoção de um modelo pedagógico capaz de estimular no indivíduo a capacidade de pensar e de identificar e resolver problemas e não apenas o de acumular informações.

Foi citado especificamente o caso brasileiro, em que os impactos das mudanças econômicas e políticas ocorridas na última década e meia levaram à destruição de princípios fundamentais de sociabilidade, sem os quais uma sociedade não consegue se reproduzir.

Dentre esses princípios, destaca-se, de maneira pronunciada, a perda, por parte das famílias, da noção da importância do envio da criança para a escola. A reconstrução dessa noção, que deveria ser parte integrante da consciência de cidadania, vem sendo objeto de iniciativas governamentais, como, por exemplo, o oferecimento de bolsas com o fito de erradicar o trabalho infantil.

Ante o desafio representado pela tarefa de, a um só tempo, incluir as parcelas à margem do processo produtivo e adaptar-se às transformações que vêm ocorrendo nesse processo, é essencial que o Estado se reestruture e se adapte à realidade em que as grandes estruturas e a burocracia dão lugar às decisões baseadas na informação e no conhecimento, exigindo pronta resposta e adaptação rápida a rumos estratégicos.

Ao contrário do que possa parecer, isso exige uma presença maior do Estado que, entretanto, não se dá da forma clássica ou moderna, como temos conhecido até agora, mas sob o ponto de vista do investimento, das transferências, dos subsídios e da terceirização, como aliás vem ocorrendo nos 15 países mais desenvolvidos do mundo.

No que concerne à situação do Estado no Brasil, foram apontadas quatro dimensões que se relacionam com a situação mundial e latino-americanas analisadas, mas que apresenta especificidades importantes: a crise fiscal, que inviabiliza os investimentos necessários a que o Estado cumpra seus papéis; a crise do modelo de intervenção do Estado na economia; a crise política, decorrente de problemas de uma transição acidentada

da ditadura para a democracia, e que acarretou em distorções no processo de representação política e de dificuldades no relacionamento entre tecnocratas e representantes eleitos; e, por fim, uma crise nas formas de gerenciamento da máquina pública, submetida a um sistema burocrático e burocratizante.

Para que o Estado possa fazer frente às novas funções e desafios que lhe são exigidos, torna-se, necessário o equacionamento de algumas questões básicas. A primeira refere-se à função do Estado, ora tratado numa perspectiva clientelista e patrimonialista, ora centrado em si mesmo, sem ter em vista os interesses do cidadão. A segunda, relaciona-se com a qualidade do gasto público, o que significa que a reforma do Estado não se condiciona necessariamente a um menor gasto, mas a um gasto redirecionado a setores definidos como essenciais e estratégicos. Por fim, uma terceira questão é a que concerne aos obstáculos jurídicos inseridos na legislação brasileira, como uma reação à corrupção e ao empreguismo do período autoritário, e que terminaram engessando a Administração Pública no que tange às formas de contratação, compras e de remuneração.

Assim, a "Reforma do Estado" proposta pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE – propõe, em primeiro lugar, que o serviço público retome o foco de sua atuação no cidadão e na missão institucional, eliminando os controles burocráticos desnecessários e fortalecendo os controles de resultados.

Adicionalmente, visa a reconfigurar a força de trabalho hoje muito concentrada em profissionais de nível médio, voltados ao desempenho de atividades operacionais ou de suporte administrativo. Além dessa distorção na composição, observa-se, outrossim, que a remuneração praticada em relação às áreas de nível médio e elementar é, em média, 50% acima do que se pratica no setor privado, enquanto que para as áreas de nível superior os valores situam-se em cerca de 60% abaixo.

Busca, igualmente, descentralizar a ação do Estado, elegendo a consigna de que "nada deve ser feito a nível federal que possa ser feito a nível estadual" e, por sua vez, de que "nada deve ser feito a nível estadual que não possa ser feito a nível local".

Para atingir esses objetivos, o Governo Federal definiu e sistematizou a ação do Estado em três níveis distintos. O primeiro

deles, reconhecido pelo MARE como de baixa capacidade instalada atualmente, seria o de formular políticas públicas, de caráter estratégico e que, segundo o desenho de Estado defendido pelo atual governo, deve ficar a cargo dos Ministérios e Secretarias.

O segundo nível congregaria atividades executivas exclusivas do Estado, tais como: fiscalização, segurança, seguridade social básica etc. Para desempenhar esse papel do Estado propõe-se a criação de "Agências Executivas", na verdade, entidades autárquicas com um corpo profissionalizado de servidores e autonomia de gestão. Sua atividade seria definida pelo Ministério ou Secretaria responsável pela formulação da política setorial e pactuada mediante a assinatura de um "contratos de gestão" que definiria objetivos e metas a serem cumpridos.

Por fim, o terceiro nível seria formado por entidades que, embora prestadoras de serviços públicos, não se caracterizam por executar atividades exclusivas do Estado, denominadas na proposta do MARE de "Organizações Sociais" que teriam ampla autonomia para a gestão de seus recursos, inclusive os humanos que não estariam inseridos em carreiras do setor público, mas em contratos de trabalho privados, e, a exemplo das "Agências Executivas", firmariam com o Ministério ou Secretaria da área um "contrato de gestão".



2ª Mesa

Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado

O tema proposto para a 2ª sessão do Seminário foi "Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado", contando para o desenvolvimento do assunto com as intervenções do Dr. Gilson Cantarino, Presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, do Dr. Eugênio Villaça Mendes, Professor-visitante da Escola de Saúde de Minas Gerais, da Dra. Célia Almeida, Pesquisadora Titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ, do Dr. Sólon Magalhães Vianna, Consultor do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada - IPEA do Ministério do Planejamento e Orçamento e da Dra. Ângela Santana, Secretária da Reforma Administrativa do Estado do Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE.

Os pontos enfocados pelos palestrantes foram:

- **Transformações do Aparelho do Estado decorrentes da diretriz de descentralização.**
- **Participação da comunidade no controle social de políticas públicas de saúde na visão do gestor.**

De início, foi pontuada a crise universal por que passa o setor saúde, que se manifesta em quatro dimensões: uma pronunciada ineficiência, uma ineficácia, evidenciada pelos gastos crescentes em saúde, mas com pouco impacto sobre a sanidade da população; uma iniqüidade, que se expressa no menor acesso dos que mais necessitam; e, uma generalizada insatisfação dos cidadãos com os serviços de saúde.

Como decorrência desse quadro, surgiram tentativas de reforma na saúde em todo o mundo, levando a Organização Mundial de Saúde a classificar tal fato como uma verdadeira epidemia de reformas setoriais, condicionadas pela situação macroeconômica dos países, pelo ambiente político, pelos valores societais e, por último, pelo efeito demonstração de modelos externos de reformas.

Foi destacado que os contextos em que tais processos surgiram diferem sobremaneira nos países centrais, que apresentavam elevados gastos com saúde, e nos países latino-americanos, em que as reformas setoriais atrelaram-se a processos de estabilização macroeconômica que não levaram em consideração as políticas sociais.

Do ponto de vista ideológico, o período é marcado pela hegemonia neoliberal, o que se traduz num diagnóstico e numa agenda homogêneos, que se difundem em todo o mundo. Assim, a afirmação da ineficiência do Estado ou dos serviços estatais e a busca de incentivos de mercado para se atingir uma melhor relação entre oferta e demanda, ou entre consumidor e serviços, generaliza-se.

Ao mesmo tempo, o foco das soluções situa-se no gerencialismo, isto é, na disseminação de uma perspectiva pragmática de retorno ao senso comum no sentido de remover normas, procedimentos e estruturas burocráticas numa perspectiva de um gerenciamento de qualidade total em substituição ao gerenciamento burocrático e hierarquizado; a essência é o atendimento da demanda do consumidor e, como as agências estatais são monopólios, introduzir mecanismos de competição e tornar as organizações mais leves, ou seja, terceirização, investimento, informação, mudança de procedimentos e processos.

Segundo as concepções expostas, as reformas em nível internacional girariam em torno da adoção de quatro grandes modelos institucionais. Dois modelos denominados de polares, os modelos do monopólio estatal e de livre mercado, e dois modelos intermediários, denominados de "sistema público" e de "competição gerenciada". Tais modelos difeririam basicamente em função do grau de envolvimento do setor estatal em quatro papéis, que seriam os de: informar, regular, financiar e prestar serviços.

O entendimento prevalecente é o de que a proposta do MARE aproxima-se do chamado "sistema público", na medida em que visa à separação bem explicitada entre os entes responsáveis pelas funções de financiamento e regulação, dos responsáveis pela função de prestação de serviço, que seriam as "Organizações Sociais". Tal modelo, apresentaria como vantagens principais a possibilidade de manutenção dos princípios da universalidade, integralidade e eqüidade no acesso, propostos na concepção do Sistema Único de Saúde, e, além disso, possibilidade de custos transacionais baixos, introdução de administração gerencial no sistema e controle público direto e indireto. Por outro lado, poderia apresentar

desvantagens no que concerne à alocação de recursos definidos pelo jogo político e demandaria um Estado legitimado e fortalecido em sua capacidade regulatória, além de incentivar pouco a competitividade entre os prestadores e possibilitar a ocorrência de listas de espera para determinados serviços.

Nesse sentido, foi reiterada a convicção por parte do Governo Federal de que as propostas contidas no projeto de "Reforma do Estado" apresentado apontam na direção do resgate da atuação estatal focada no cidadão, na descentralização e na avaliação de resultados e não no cumprimento de normas. Desse modo, foi manifestada a crença de que as "Organizações Sociais", entes públicos não estatais, comprometidos a atingir resultados e a prestar serviços de qualidade por intermédio dos contratos de gestão, seria a melhor forma para que se atingisse tal desiderato. Enfatizou-se, igualmente, que por meio dessa nova estrutura do aparelho de Estado, separar-se-iam as funções de financiamento e regulação da função de prestação de serviços, essencial para que se possa avaliar resultados, qualidade e eficiência.

Sua adoção, contudo, não pôde deixar de ser questionada em vários aspectos. Um deles refere-se ao fato de que as aludidas "Organizações" são, na verdade, uma nova roupagem para o esgotado modelo das fundações e empresas públicas, instituído nos anos 60 e 70, e que não logrou êxito em dotar aquelas instituições de autonomia, capacidade gerencial e isenção frente ao poder político.

Outro ponto é o relativo às reais motivações subjacentes à Reforma, pois há dúvidas se o seu objetivo central é garantir direitos aos cidadão e melhorar sua vida, ou é promover um ajuste fiscal de forma que se possa continuar convivendo com a brutal dívida interna existente.

Ademais, numa perspectiva mais geral, alertou-se para o risco de, por intermédio de uma reforma setorial, estar se buscando a legitimação de uma política econômica restritiva, coerente com a mudança na função distributiva do Estado, em que se privilegia o princípio da pobreza ao invés do da cidadania.

Dúvidas também foram levantadas no que concerne às condições de implementação e às possibilidades de alcançar os resultados esperados. Nesse sentido é importante destacar não só o nível de desigualdade econômico-social existente, mas também a carência de recursos humanos e de capacidade gerencial, administrativa, do sistema de informações etc.

Outro ponto também extensivamente descrito na literatura são as freqüentes e presentes contradições entre eqüidade, eficiência e efetividade, na perspectiva das reformas orientadas para o mercado.

Ou seja, no momento em que se procura o tipo de ajuste como o das "Organizações Sociais", que poderiam vender serviços para particulares ou para empresas de planos ou seguros de saúde, é porque o recurso público não chega para financiar um sistema universal e igualitário. Ao se admitir essa possibilidade, isso introduz um risco parecido com o que corre os usuários e os potenciais usuários dos planos e seguros de saúde, ou seja, a natural segmentação de clientela e uma possível e ostensiva desigualdade de acesso.

Foi salientado, ainda, que a propalada avaliação de desempenho tende a caminhar, inevitavelmente, para a avaliação de resultados, que é um tema extremamente crítico e de difícil implementação, destacando-se que a própria metodologia para esse tipo de controle não é simples, e não se dá no plano gerencial e nem tampouco encontra-se restrita às instituições, a seus objetivos e aos produtos que ela disponibiliza para a população.

Foi apontada, ainda, uma contradição entre a proposta do MARE e a diretriz constitucional de descentralização do Sistema Único de Saúde. Segundo tal entendimento, o modelo proposto pelo Governo Federal só fará sentido, do ponto de vista de nosso sistema federativo, se for limitado a seus entes organizacionais, o que, em certo sentido, se contrapõe ao processo de descentralização em curso. Além disso, em várias Unidades da Federação encontram-se em andamento experiências diversas, não exatamente coetâneas com a proposta das "Organizações Sociais".

No período de debates, mereceu destaque a necessidade de se esclarecer melhor a aparente contradição existente entre os processos de centralização e descentralização. Analisados no mais das vezes como processos opostos e mutuamente excludentes, tende-se ao empobrecimento do debate e à ideologização de um tema que merece ser abordado a partir de determinadas evidências concretas. Dentre estas, destaca-se o risco de que a descentralização praticada no Brasil tenda a aumentar a iniqüidade, uma vez que é desvantajosa para os pequenos municípios, que correspondem a cerca de 40% do total. Do mesmo modo, a descentralização pode acarretar em ineficiência decorrente de perda de escala nos níveis secundários e terciários de atenção. Nesse sentido, alertou-se para a necessidade de a descentralização, muitas vezes apontada com panacéia, ser embasada em princípios norteadores no que concerne à alocação de recursos, pois, caso contrário, pode vir a representar a fragmentação e a pulverização do sistema.



3ª Mesa

Panorama do Trabalho

"Panorama do Trabalho" foi o tema abordado na 3ª sessão de trabalhos e, para tanto, foram convidados o Dr. Adolfo Furtado, Assessor Legislativo da Câmara dos Deputados, o Dr. Sábado Nicolau Girardi, pesquisador do NESCON/MG e o Dr. Gonçalo Vecina Neto, do Hospital das Clínicas – USP.

As intervenções giraram em torno dos seguintes aspectos:

- **Perspetivas do trabalho na América Latina.**
- **Análise da situação do trabalho e do emprego.**
- **Dinâmica da reorganização e prestação de serviços de saúde: tendências e perspectivas do mercado de trabalho.**
- **Modalidades de contratação e gestão do trabalho em saúde no Brasil.**

Como introdução ao tema, foi feito um amplo painel sobre as principais características do mercado de trabalho no Brasil na década de 90. Conforme assinalado, esse período iniciou-se com uma brutal recessão — queda do PIB agregado da ordem de 5% — e, nos últimos 3 anos, apresentou uma recuperação e estabilidade econômicas que de há muito não se via no País.

Houve nesses anos uma significativa mudança no perfil da força de trabalho que se caracterizou pela perda do dinamismo do segmento formal, ou seja, do grupo de trabalhadores que está protegido pela legislação trabalhista e previdenciária, com o conseqüente crescimento do número de assalariados sem carteira assinada e dos trabalhadores por conta própria. Os dados do IBGE indicam que o chamado "segmento informal" já supera o segmento de trabalhadores legalmente contratados.

Embora se observe que 77% de todos os homens em idade de trabalhar estavam de alguma maneira economicamente

ativos em 1996, houve uma queda na taxa de participação masculina na força de trabalho e um leve e constante crescimento da participação feminina.

No que concerne à composição etária da força de trabalho, verifica-se que os jovens de 15 a 17 anos, somados aos jovens de 18 a 24 anos, respondem por ¼ de toda a População Economicamente Ativa (PEA) brasileira, o que é característica de países com mercado de trabalho subdesenvolvido, pois os jovens, que deveriam estar no sistema educacional, ingressando mais tarde no mercado de trabalho, formam um contingente expressivo.

Curiosamente, o processo de recuperação econômica iniciada a partir de 93, fez com que houvesse um aumento da participação dos jovens e dos idosos no contingente dos desempregados.

Sob o ponto de vista da distribuição da força de trabalho pelos setores econômicos, entre os ocupados, a participação da indústria de transformação tem níveis bastante similares ao que existem em todos os países industrializados. Embora a impressão corrente é que o desemprego industrial é o mais importante, verifica-se que a indústria de transformação tem um peso relativamente baixo em relação ao total. A indústria da construção de civil, sempre apontada como tendo grande capacidade de absorção de mão de obra, emprega apenas 6% do total de pessoas ocupadas no Brasil. Na realidade o grande empregador no Brasil é o chamado setor terciário: os serviços, o comércio e a administração pública.

A totalidade das ocupações geradas no Brasil, em toda a década de 90, foi daquelas vinculadas ao segmento informal do trabalho. A economia brasileira tem gerado ocupações ao longo dessa década, só que de pior qualidade do que as que existiam anteriormente.

Desse modo, conclui-se que a composição atual da ocupação no Brasil é complicada, porque indica que a maior parcela dos trabalhadores está à margem da legislação e à margem da proteção trabalhistas, além de ser um segmento onde há níveis de produtividade e de rendimentos mais baixos.

No que concerne ao desemprego, constata-se uma queda desde o pico da recessão de 92, até o segundo ano do real – 95. A partir desse ponto o desemprego cresceu em 96 e em 97, no primeiro semestre, encontrava-se em níveis próximos aos do pico da recessão de 92.

O risco do desemprego é muito maior entre a população jovem e feminina. Os jovens são os mais afetados pelo desemprego e as mulheres passaram a ficar mais desempregadas, principalmente porque, ainda, estão se empregando como complementação de renda familiar, e, portanto, sujeitas a empregos de maior rotatividade.

Existe um componente cada vez mais estrutural no desemprego, de pessoas que são expulsas do mercado de trabalho e já não têm chance de retornar a um nível de ocupação tão rapidamente como conseguiam antes, provavelmente por um problema de dificuldade de combinar perfis requeridos pelas empresas com o que as pessoas têm para oferecer em termos de qualificação.

No que tange aos rendimentos do trabalho assalariado, verifica-se queda importante no período estudado. Ao longo do primeiro triênio, os salários reais caíram algo em torno de 20%, com toda a indexação existente e com todos os congelamentos do Plano Collor. A partir de 93 até 96 observa-se um processo de recuperação dos salários reais de forma constante, mas tendendo a um ritmo decrescente, indicando que, possivelmente, já se esgotaram os impactos positivos da estabilidade econômica.

No período de 85 a 96, estima-se que a economia nacional, como um todo, tenha perdido por volta de 2 milhões de postos de trabalho, embora o nível de empregos na administração pública tenha se mantido estável, saltando de 5,3 para 5,4 milhões de pessoas.

Em relação ao regime de contratação, a Administração Federal tem algo em torno de 90% dos postos de trabalho regidos pelo Regime Jurídico Único — RJU —, enquanto as administrações estaduais e municipais têm, respectivamente, algo em torno de 80% e 40%.

Já entre os profissionais de saúde, observa-se que entre 90 e 97 houve uma estagnação das admissões, com a exceção notável dos enfermeiros, que tiveram um crescimento duplicado de volume de admissões anuais entre 86 e 96.

Em contrapartida, nota-se uma forte crise no segmento de pessoal de enfermagem de nível médio e elementar que teve o volume de admissões reduzido: em 96 as admissões estiveram em níveis que representavam 20% do volume das admissões efetivadas em 86.

Nesse sentido, o setor experimentou um crescimento significativo da participação de empregados de escolaridade mais elevada, estando essa tendência mais vinculada ao comportamento dos hospitais privados, pois mostraram maior preferência para admissões de pessoal mais escolarizado.

Um outro ponto que merece destaque é o concernente à comparação entre empregos nas áreas meio e nas áreas fim. Verifica-se que há um aumento da participação relativa do pessoal administrativo e de controle em detrimento do que poderíamos chamar de pessoal técnico da área da saúde. A hipótese aventada para o crescimento do emprego em áreas não técnicas do setor saúde é que estaria em curso um processo de transformação funcional dos estabelecimentos hospitalares em unidades de negócio.

Sob a ótica das mudanças qualitativas observáveis no mercado de trabalho setorial, foi pontuado que tais mudanças inscrevem-se no contexto de falência do modelo assistencial, baseado no reconhecimento da doença, e de crise no modelo organizacional, fruto do contraste entre uma administração burocrática envelhecida e a necessidade de implantação de um modelo gerencial. Nesse sentido o grande repto das organizações, independentemente de sua natureza jurídica, é a questão do aumento da eficiência com garantia da eficácia.

Na busca desse objetivo várias tentativas vêm sendo testadas, tais como: terceirização de hospitais públicos, privatizações, concessões à cooperativas etc., constituindo-se num não-modelo, mas que têm como objetivo precípuo a busca de uma alternativa ao modelo atual.

Segundo a visão defendida, é preciso superar a visão das corporações que imaginam ser possível gerar justiça social através da administração de recursos humanos na administração pública, enquanto que o desafio maior a ser enfrentado é o de como garantir que uma unidade básica de saúde consiga se relacionar com os cidadãos e consiga oferecer os produtos que eles necessitam.

Por outro lado, alertou-se para o problema existente na proposta do MARE, que seria o objetivo inconfesso de desfinanciamento do setor público, num modelo em que o SUS excludente atenderia os pobres e a medicina supletiva os ricos.

Foi ainda destacado um conjunto de tendências mais visível atualmente na administração privada da área da saúde, mas que, segundo observado, inevitavelmente chegará à área pública. Tais tendências referem-se à organização e à administração da força de trabalho e são:

- **a formação de um novo profissional médico, que reabilita a questão do médico generalista, com o objetivo de fazerem o papel de "gate-keepers",**

em busca de processos mais compreensivos do ponto de vista de uma prática de proteção e promoção da saúde;

- a incorporação de profissionais que não eram usualmente absorvidos pelo mercado, tais como: nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos, na busca de maior eficiência;
- a tendência mundial à desospitalização, mas que no Brasil não vem ocorrendo, ao contrário, o sistema valoriza unidades de internação que mal estão habilitadas para realizar partos normais, estimulando a hospitalização de pacientes que, em outras circunstâncias, não poderiam ou não deveriam ser tratados em regime de internação;
- a incorporação de novas práticas assistenciais como a assistência domiciliar, cirurgia ambulatorial e a atenção a grupos específicos;
- surgimento de novas formas de trabalho, como o chamado de hospital centrado no paciente, em que a divisão do trabalho entre os diversos profissionais é muito tênue;
- a necessidade de se fazer ajustes, em virtude de custos irreais, tanto no que concerne aos salários, como em relação ao quantitativo de profissionais;
- a adoção de metodologias que levem a um compromisso diferenciado por parte do trabalhador, tais como: qualidade total, modelos de planejamento etc.
- a adoção de políticas salariais diferenciadas, sejam baseadas exclusivamente em salários, sejam baseadas em outros fatores como prêmios, não necessariamente monetários, por produtividade;
- a introdução de processos de medição e controle do trabalho em saúde, como forma de aferição da produtividade;
- reconhecimento da necessidade de que se invista maciçamente em educação permanente em busca da mudança do perfil da força de trabalho e da sua relação com a própria organização.

No período de debates, entre outras observações, merece destaque a que se referiu à dificuldade que a teoria econômica tem para tratar de questões como produtividade e eficiência no setor de saúde, pois a noção do que é a mercadoria que se está produzindo é algo, no mínimo, variável, senão do ponto de vista de quem produz a mercadoria, mas principalmente do consumidor, que não sabe exatamente o que está comprando. Isso gera uma dificuldade do ponto de vista teórico/conceitual para se tratar a questão do processo econômico de saúde e conseqüentemente do trabalho.

Outro ponto abordado foi o concernente aos processos de ajustes das economias em desenvolvimento. Observou-se que o Estado está saindo de uma série de setores da economia e procurando gerar superávites fiscais, o que significa que está investindo menos para poupar mais e, adicionalmente, está fazendo um enorme ajuste em sua força de trabalho sem levar em conta a possibilidade de realocá-la. Em relação aos Planos de Demissão Voluntária — PDVs — afirmou-se que entregam a solução da reinclusão dos demitidos para o mercado que não tem vocação tão inclusionista.

Por fim, vale destacar a discordância manifestada entre os palestrantes no que tange ao futuro do emprego em nível mundial. Enquanto uma das posições afirmava ser possível um futuro sem emprego, em que a sociedade poderia prover um rendimento básico ao conjunto dos seus cidadãos independentemente do vínculo de emprego, a outra citava o exemplo da economia norte-americana em que o desemprego industrial tem sido compensado por altíssimas taxas de ocupação de postos de trabalho no setor terciário, a ponto de o Banco Central Americano estar preocupado com o baixo desemprego e querer aumentar as taxas de juros, por temer um início de inflação em decorrência de pleitos salariais.



4ª Mesa

Regulação do Trabalho e Controle Social

No quarto período de trabalhos foram abordadas as questões relativas à "Regulação do Trabalho e Controle Social" e, para desenvolvê-las, foram convidados o Prof. Hésio Cordeiro, Presidente do Conselho Nacional de Educação, a Profª. Maria Auxiliadora Córdoba Christófaro, do Grupo de Especialistas de Ensino de Enfermagem do MEC, a Profª. Maria Helena Machado, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da ENSP/FIOCRUZ, e o Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes enfocaram os temas relativos à:

- **Regulação das profissões, das relações de trabalho e da formação de recursos humanos de saúde.**
- **Participação da comunidade no controle social de políticas públicas de saúde: a experiência dos Conselhos de Saúde.**

O primeiro aspecto tratado foi o relativo à nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação — LDB — que trouxe para a área da saúde, segundo a opinião externada, desafios, oportunidades, expectativas e condições positivas de avanço. Duas expressões do aludido diploma jurídico foram consideradas importantes para o setor: a flexibilidade dos conteúdos curriculares em todos os níveis educacionais, que cria possibilidades para o surgimento de soluções e projetos inovadores na formação de pessoal de saúde; e a idéia de descentralização, importante para que o processo educacional não esteja condicionado em relação às pesadas estruturas burocráticas federais e estaduais de ensino.

Tais expressões, entretanto, trazem para o âmbito do ensino superior um problema central na política educacional de profissões de saúde que é o da autorização para a criação de novos cursos. Esse problema é resultado de uma permanente tensão entre o conceito de

autonomia, sob o ponto de vista das universidades; do mercado de trabalho, na visão dos serviços; e da expectativa das categorias profissionais, sob a ótica da qualidade e da remuneração.

A LDB, ao enfatizar o princípio da autonomia universitária, ensejaria as condições para a criação de novos cursos sem que tal processo passe pelo crivo de uma autorização em qualquer nível. Por outro lado, a legislação citada, ao propor o credenciamento institucional como forma de validação de cursos, envolve uma questão crucial de todo o processo que é o relativo à avaliação de instituições educacionais.

Os procedimentos para a autorização, o reconhecimento e o credenciamento de novos cursos estariam por exigir a instauração de critérios e fórmulas que sejam mais eficazes no sentido de impedir ou de dificultar os mecanismos cartoriais, e que poderiam ser substituídos, ou melhor decididos, por um processo de "acreditação" que envolveria avaliação institucional e de desempenho em termos da possibilidade de se criar ou de se manter o funcionamento de cursos.

Nesse sentido, reveste-se de fundamental importância o processo do Sistema Nacional de Avaliação de Escolas Médicas — SINAEM — que permitiria consolidar um processo de avaliação que interfira e contribua positivamente para o aprimoramento dos cursos de Medicina.

No que tange aos conteúdos curriculares, a LDB abre boas possibilidades ao se aliar ao processo de reforma sanitária com vistas a substituir o conceito de currículo mínimo pela idéia de diretrizes curriculares, criando perspectivas para que as iniciativas de reformulação do ensino levadas a cabo nas áreas de Enfermagem e de Medicina, desde a década de 70, no sentido da ênfase na atividade ambulatorial e da desospitalização, venham a frutificar.

Outro ponto a ser destacado é o referente à possibilidade de criação dos chamados "cursos seqüenciais" que representariam uma maneira de se ampliar o acesso ao ambiente educacional das instituições de ensino superior e das universidades sem, necessariamente, o processo formal do curso de graduação. No campo da saúde, tais cursos abririam possibilidades não só para emergência de novos profissionais de saúde, como também novas possibilidades de educação continuada e de formação contínua dos profissionais de saúde oriundos dos cursos tradicionais. Do mesmo modo, ainda que submetido a um certo grau de centralização, encontra-se a possibilidade de instituição de cursos à distância, fundamental para a disseminação de conhecimentos.

Foi ainda ressaltado o conceito de "pólos de saúde da família", que encontra respaldo nos princípios e diretrizes da LDB citados, e que consiste na articulação entre o sistema formador de recursos humanos e o SUS, desde o ensino de graduação, passando pelos cursos de especialização e pelas residências até a educação continuada, no sentido de possibilitar a formação geral pelo menos do médico e do enfermeiro, dentro da estratégia de mudança do modelo assistencial.

No que concerne às atribuições do Estado na área de educação, foi pontuado que sua atuação desde o Império englobou os papéis de regulador, de fiscalizador, de financiador e de prestador. Destacou-se, ainda, que tais atividades revestem-se de fundamental importância quando se verifica que a inserção no sistema educacional funciona como um fator altamente regulador na inclusão ou exclusão das pessoas na vida economicamente ativa.

Desse modo, apontou-se a limitação do debate em torno do ensino superior que não comporta a grande massa de jovens de 15 a 18 anos egressos do ensino básico e que encontrariam na formação de nível médio uma perspectiva de ingresso no mercado de trabalho.

Ao contrário dessa constatação, entretanto, verifica-se que o ensino médio tem sido mal cuidado na área de educação e pouquíssimo cuidado na área de saúde. O setor saúde não tem colocado a formação de recursos humanos nesse nível como objeto de uma discussão aprofundada e de investimentos significativos, tendo se limitado a buscar a profissionalização daqueles que já estão trabalhando, numa atuação extremamente restrita e absolutamente fora da demanda do próprio mercado de trabalho.

A contradição entre mercado de trabalho e aparelho formador é sentida, inclusive, nos cursos de nível superior em que 78% dos matriculados concentram-se nos cursos de Medicina, Odontologia e Fisioterapia, enquanto que os cursos de Enfermagem diminuíram o número de egressos apesar de as vagas de enfermeiro terem duplicado no período de 1986-96. Assim, ao invés de a educação estar regulando o mercado de trabalho, o Estado estaria sendo usado para homologar uma falaciosa concepção de necessidade social.

Quanto à questão da flexibilização da formação profissional, foi apontada a dificuldade de sua implantação, mesmo com as facilidades criadas pela LDB, em virtude da inflexibilidade existente na relação de trabalho, na classificação, na denominação

e na conformação de exercícios exclusivos de profissões. Dessa forma, a inflexibilidade dos currículos advém da força política e da ortodoxia das corporações profissionais, que acreditam que ao estabelecerem currículos amplos estariam determinando a qualidade do exercício da profissão.

No que se refere ao processo de regulação da atividade profissional, constata-se que, ao contrário do que vem acontecendo de uma forma geral no mundo do trabalho, os profissionais de saúde mantêm um controle férreo de sua atividade, de seu pensamento e de seu trabalho. De fato, a implosão do trabalho tradicional, ocorrendo em todo o mundo, tem trazido para a cena conceitos como flexibilização das atividades, regulação externa e abertura de mercado. As profissões de saúde, ao contrário, conservam, em nome da ética, da moral, da autonomia e de outros conceitos, o monopólio e o controle da clientela, da remuneração, da oferta e da demanda.

Para tanto, requerem do Estado um forte aparato de controle do exercício profissional, numa perspectiva monopolista, visto que o diploma — passaporte profissional para a atividade — é para o resto da vida e não há nenhum mecanismo formal de "recertificação" da competência profissional.

Assim, mais do que contribuir para evitar riscos nos serviços prestados em saúde, que é uma atividade essencial, a regulação funcionaria como um delimitador do território profissional e para racionalizar a produção, fatores que reclamam por atividades disciplinadoras do mercado de trabalho.

É forçoso reconhecer, contudo, que muitas mudanças estão transformando a atividade em saúde, tornando o processo de regulação do trabalho no setor mais complexo. Nesse sentido, é evidente a existência de uma contradição entre controle profissional e controle organizacional que muitas vezes exigem do profissional de saúde atitudes diferentes e, até mesmo, inconciliáveis.

A revolução científica e tecnológica é outro fator que vem contribuindo para a mudança no perfil e nas exigências de atuação profissional em saúde, bem como da clientela. Se por um lado ela atua no sentido de dar maior segurança social ao trabalho, por outro ela traz consigo um alto grau de especialização, que torna complexo o quadro de profissionais, encarece o sistema, e dificulta o entendimento dos processos de trabalho.

A adoção de espaços de trabalho mais virtuais, em contraposição aos espaços coletivos tradicionais, introduz modificações sensíveis no ambiente hospitalar, que se configura

como uma agência de serviços, por vezes terceirizados, com multiplicidade de vínculos, de formas de trabalho, de regimes de pagamentos. Com isso, o movimento sindical tradicional perde espaço, tendo em vista que a montagem de uma pauta de negociações torna-se tarefa extremamente complexa, reclamando novas formas de diálogo e de atuação.

Outro fator que contribui para a regulação externa da atividade em saúde é a transformação da clientela. A ignorância do cliente não pode mais ser considerada, principalmente pela difusão de conhecimentos pelos meios de comunicação e pelo acesso a outros profissionais como forma de conferir o diagnóstico de um especialista.

Tais mudanças estariam a reclamar a formulação de uma agenda nacional de recursos humanos em saúde que refletisse com maior vigor as questões da flexibilização, globalização, terceirização, especialização, dentre outras.

Por último foi destacada a importância dos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, como espaço para o exercício da regulação no setor. Mesmo considerando que, dos cerca de três mil Conselhos em funcionamento, apenas algumas centenas podem ser tidos como realmente representativos. Foi ressaltado o papel fundamental desempenhado por tais instâncias e a sua concorrência, tanto com os Executivos — na formulação de políticas, estratégias e diretrizes —, como com os Legislativos, no que concerne a fiscalizar a execução dos planos formulados e dos serviços prestados.

Foi citada especificamente a atuação do Conselho Nacional de Saúde — CNS — em relação à proposta do MARE de instituição das "Organizações Sociais". Na ocasião, o CNS formulou proposta alternativa à lista de hospitais públicos que deveriam ser transformados em "Organizações Sociais", chegando à definição do perfil do Estado que interessa aos que pugnam por um sistema público de saúde universal e de qualidade. Foram citados, ainda, as experiências de discussão do orçamento da saúde e das Normas Operacionais Básicas.

Foi ressaltado, igualmente, a acepção do termo "regular" em debate. Segundo o conceito adotado, regular seria retirar a liberdade infinita de dirigentes fazerem o que querem; implicaria, portanto, um pressuposto de direcionalidade às ações e serviços prestados pelo Estado aos cidadãos brasileiros.

Nesse sentido, foi sobrelevado que o papel dos Conselhos está voltado principalmente à resguardar o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde no que tange à múltiplos aspectos, tais como: necessidades da população, qualidade de vida, participação e papel do Estado, liberdade de condutas profissionais, formação, capacitação e reciclagem profissionais, aquisição e locação de materiais e equipamentos, métodos e objetivos da avaliação.



5ª Mesa

Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado

Para a quinta mesa de debates, cujo tema foi "Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado", foram convidados o Dr. Francisco Campos, Coordenador do NESCOM, da UFMG; a Drª. Ana Maria Malik, Diretora Adjunta do Programa de Estudos Avançados de Administração Hospitalar e Serviços de Saúde — PROHASA — da FGV/SP; o Prof. Marcos Mandelli, Assessor Chefe de Planejamento da FIOCRUZ; o Dr. Roberto Passos Nogueira, Coordenador de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde; o Dr. Pedro Ribeiro Barbosa, Coordenador dos Cursos Descentralizados da Escola Nacional de Saúde Pública — FIOCRUZ ; e a Srª. Eliane Cruz, Secretária de Assuntos Municipais do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, de São Paulo.

As intervenções tomaram em consideração o tema:

- **Flexibilidade das relações de trabalho, com vistas à melhoria na qualidade dos serviços.**

Inicialmente, foi pontuada a existência de 3 processos distintos de Reforma do Estado que se cruzam e se superpõem no âmbito do Sistema Único de Saúde. O primeiro foi o que deu origem ao próprio SUS, gestado e operado nos marcos do modelo burocrático e sem pretender alterar os elementos da legislação administrativa. Logrou sucesso, principalmente no que concerne ao avanço no processo de descentralização, mas, no aspecto referente aos recursos humanos, criou uma série de problemas não resolvidos, como o da realocação de pessoal federal para os níveis estaduais e municipais. Foi ressaltada, ainda, a dificuldade de resolução dos problemas advindos da implantação do SUS nos marcos do aludido modelo burocrático.

O segundo processo identificado é o não regulado, também denominado de "selvagem", feito sem qualquer regra e cujo objetivo é o de fazer funcionar os serviços de saúde a qualquer custo. Ao não levarem em consideração as normas existentes, tais soluções colocam-se acima dos critérios de justiça tanto do Estado como das corporações e levantam dúvidas quanto a sua eficácia e qualidade. A perda de

referencial do papel do Estado e, conseqüentemente, do papel do serviço público e do servidor público fazem com que esse processo tenha como único objetivo a quebra das resistências corporativas para poder fazer chegar serviços à coletividade.

Já o último processo citado é o contido na proposta do MARE que, apesar de possuir defeitos identificáveis, apresenta como vantagem o fato de ser uma reforma regulada, com princípios de controle social e de preservação do interesse público. O principal problema desse projeto, conforme foi destacado, refere-se a uma confusão conceitual entre gerência e gestão e a rede de saúde, para funcionar bem, deve fazê-lo numa perspectiva de gestão, tendo em vista que nenhum hospital é autônomo, e deve se levar em consideração a eficiência, a qualidade do serviço e, também, a operação dentro de princípios de justiça e eqüidade.

Outro ponto abordado é o referente à inversão observada na tendência histórica que marca o mundo do trabalho desde o início do século. Segundo afirmou-se, a tendência existente no modo de produção capitalista nesse período foi de inclusão e de solidariedade, mas que as teses de flexibilização apontam no sentido de reverter tal propensão.

Assim, recomenda-se uma certa cautela diante das propostas de flexibilização, pois elas são coetâneas de outras idéias em voga, tais como a de "cestas básicas" e de focalização da assistência à saúde, ao contrário da proposta do SUS que vincula-se às noções de eqüidade, direito e cidadania vinculados à saúde.

O maior desafio seria, portanto, o de se pensar um Estado readaptado ao papel de regular a flexibilidade das relações de trabalho e do processo de trabalho almejada, de forma a que se desenvolva instrumentos capazes de evitar que tal processo se torne um "lassez faire". A questão principal seria, desse modo, como se contrapor a uma flexibilização selvagem por meio de uma flexibilização regulada de acordo com o interesse público.

Apontou-se, ainda, o risco de que o processo de flexibilização se dê de acordo com o poder acumulado pelas corporações de forma a que as categorias que já têm, de certa forma, relações "flexíveis" com o Estado continuem a se beneficiar de privilégios em relação às demais categorias e em relação ao interesse público.

Foi salientado, outrossim, que o processo de desregulamentação do aparato normativo que rege as relações de trabalho no setor deveria observar algumas características próprias da atividade em saúde. Assim, relevou-se a natureza mais específica do trabalho em saúde como um tipo de atividade altamente

independente, de uma qualificação intrínseca dos profissionais mais centrais, com tendência muito grande a ser de natureza autônoma, incerta e pouco susceptível a padrões de normatização.

A discussão da flexibilidade, ao invés de ter exclusivamente um foco centrado em todo aparato normativo das relações de trabalho, deve olhar um pouco mais para como estabelecer tecnologias de organização do trabalho que dêem conta dessa natureza diversa como se organiza o trabalho em saúde.

Contrariamente disso, entretanto, as organizações quando trataram de enquadrar o processo médico em padrões normativos, o fizeram como um faz-de-conta, pois instauraram padrões de regulamentação apartados da natureza própria do trabalho.

A questão fundamental seria, desse modo, a de como estabelecer mecanismos de regulação, em níveis macro e micro, capazes de fazer com que esse processo flexível de trabalho, para gerar qualidade, seja mediado, em ambos os níveis, por um valor chamado responsabilidade.

Tais mecanismos implicariam, no nível macro, o desenvolvimento de instrumentos de regulação capazes de aferir responsabilidade das organizações segundo exigências da sociedade, do ponto de vista de ser mais eqüitativo, ser justo e resolver problemas socialmente relevantes.

Em contrapartida, no nível micro, significaria trabalhar com fatores indutores, do ponto de vista gerencial, capazes de fazer com que a flexibilidade signifique conceber novas formas de trabalho, novas tecnologias, aptas a agregar os profissionais de saúde a ambientes que são, cada vez mais, multiprofissionais, que exigem horizontalização ou interpenetração dos conhecimentos.

Ao mesmo tempo, a esse nível, é requerida uma alta capacidade no processo de tomada de contas; na aplicação de fatores gerenciais de avaliação; em se ter clareza de que, a um dado objetivo, tem-se que alcançar determinados produtos e resultados; na introdução de indicadores e de instrumentos que permitam aferir a responsabilidade no trabalho de cada elemento constitutivo de uma organização ou de um sistema de saúde.

No que concerne ao conteúdo da flexibilização das relações e dos processos de trabalho, apontou-se para as transformações ocorridas e que tiveram como decorrência uma série de mudanças nas políticas de recursos humanos. A primeira dessas mudanças é de que não se pode tratar igualmente o que é desigual e que cabe ao gestor reconhecer tal desigualdade e decidir como vai trabalhar com essa situação.

Dessa forma, algumas tendências vêm se delineando em nível mundial, compondo um novo quadro de relações do trabalho, tais como:

- adoção de formas variáveis de remuneração;
- desenvolvimento de competência, não no sentido de conhecimento, mas sobretudo no que diz respeito ao que deveria estar sendo feito na organização;
- negociação em relação ao cumprimento do contrato de trabalho, que é algo que vai além do que está formalmente estabelecido entre as partes;
- adoção de formas terceirizadas de prestação de serviços;
- substituição de ganhos reais de salários por concessão de benefícios;
- adoção de horários de trabalho flexíveis;
- adoção de critérios que unifiquem os conceitos de avaliação e de qualidade.

Atentou-se, ainda, para o fato de que na área de recursos humanos quanto mais se tentou regulamentar em termos genéricos a questão do emprego no setor público, mais se provocou um engessamento, por não se considerar a diversidade tanto em termos de realidades regionais, quanto em termos de atividades públicas exercidas. Isso leva ao comprometimento de todo trabalho que se faz na conquista de uma produtividade maior e de uma melhoria de eficiência do serviço.

Sob a ótica da representação dos trabalhadores, entretanto, são feitas uma série de questionamentos em relação à chamada flexibilização. Questões como a da estabilidade no emprego, concurso público, plano de carreiras, salário, licitações etc., sempre questionadas quando vem à baila a discussão da Reforma do Estado e a proposta do MARE, segundo essa visão, não tiveram um equacionamento adequado, correndo-se o risco de derivar para o clientelismo, a submissão do serviço a ser prestado às contingências orçamentárias, o aviltamento salarial e a corrupção.

Nesse sentido, foi manifestado que as disponibilidades de caixa parecem estar na raiz das propostas de Reforma até agora veiculadas no plano federal, sem que, acopladas a tais projetos, venham sugestões baseadas no objetivo de melhoria da qualidade dos serviços.

A forma apontada de superação do impasse foi a de se buscar acordos em que gestores, trabalhadores e usuários possam expressar seus pontos de vistas e firmar pactos que levem em consideração a qualidade do serviço e a responsabilidade de cada parte passa pela negociação alicerçada pelos Conselhos, Planos e Conferências de Saúde.



6ª Mesa

Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado

Na derradeira sessão de trabalhos, cujo tema foi "Gestão do Trabalho no Contexto da Reforma do Estado", foram ouvidos a Dra. Arlete Avelar Sampaio, médica e Governadora em exercício do Distrito Federal; o Dr. Januário Montone, Subsecretário de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde; o Dr. Davi Braga Júnior, Diretor de Planejamento e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas; o Dr. Jocélio Henrique Drumond, Secretário de Relações Internacionais da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT; e o Dr. Guido Ivan de Carvalho, advogado e membro do Instituto de Direito Sanitário Aplicado, de Campinas.

O objetivo da mesa foi de abordar as questões relativas à:

- **Gestão Participativa: bases doutrinário-jurídicas e experiências inovadoras em curso.**
- **Participação do trabalhador: a perspectiva do movimento sindical.**
- **Modalidades organizativo-institucionais propostas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado.**

De início foram feitas considerações relativas ao uso do poder no Brasil, exercido historicamente pelas elites conservadoras e que sempre se notabilizaram por um comportamento impermeável aos reclamos populares. Somente a partir da década de 70, os trabalhadores e as camadas populares lograram ocupar espaços políticos importantes, influindo nos rumos da própria condução do Estado. Tais espaços se tornam disponíveis quando os governos, sensíveis à democratização do aparelho de Estado, criam mecanismos de participação popular, como é o caso do "Orçamento Participativo" levado a cabo em várias cidades brasileiras.

Foram, então, relatadas as experiências desse projeto na capital federal, constantes de reuniões preparatórias, em que se explica à população em que consiste o orçamento e de que forma se pode influir na decisão de direcionar os recursos públicos para as áreas identificadas como mais necessárias pela comunidade. Num segundo momento, são propiciados fóruns para discussão das

prioridades e eleição de delegados que comporão, com os de outras localidades, o conselho de cada cidade. Estes, por sua vez, numa terceira etapa, se juntam aos conselhos das demais cidades para a indicação do Conselho do Orçamento Participativo, responsável pela destinação de mais de 50% dos recursos disponíveis para investimento.

Foi destacado o crescente envolvimento da população com o "Orçamento Participativo" e o papel fundamental que o aludido Conselho vem cumprindo no acompanhamento e na fiscalização da execução orçamentária, não apenas no que tange à parte referente a investimentos, mas também no que concerne à qualidade das políticas públicas, tais como: saúde, educação e segurança pública.

Vale ressaltar, igualmente, que essa forma de participação popular tem propiciado a interação com outras formas de exercício de democracia direta como é o caso dos Conselhos de Saúde, ensejando, inclusive, o desenvolvimento de uma nova etapa que é justamente a de realização de plenárias temáticas para a discussão em cada localidade das diversas políticas setoriais desenvolvidas pelo Estado.

Já no que se refere ao modelo de estrutura organizativa para o órgão federal da área de saúde, foi assumida a existência de uma transição extremamente complexa, pois o processo de implantação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado iniciou-se sem que a chamada "Reforma Sanitária" estivesse completa. Ao contrário, no momento em que se procuravam definições para a complexa transição e transformação dos modelos assistencial, gerencial e de recursos humanos, o setor teve que enfrentar o desafio de discutir e de se inserir na "Reforma do Estado", de características mais genéricas, o que significou uma duplicação de esforços.

Atualmente, a transição incompleta entre o modelo herdado do antigo INAMPS e o modelo, ainda não inteiramente definido, a ser instaurado cria situações de bloqueios e de vazios institucionais. Citou-se o exemplo da Fundação Nacional de Saúde, o grande braço operacional do Ministério, cuja atividade era caracteristicamente de prestação de assistência e de serviços e que vive hoje uma indefinição e fortes resistências internas quanto ao novo papel que deve assumir.

Do ponto de vista dos recursos humanos o Ministério tem, nesse momento, 80% de seus servidores ativos prestando serviços a Estados e Municípios, com todas as implicações que essa cessão de funcionários traz. Por outro lado, identifica-se um excesso de servidores em atividades de apoio tanto administrativo como operacional, e cuja tendência dominante é a terceirização.

Desse modo, foram pontuados alguns desafios que se apresentam para o setor. O primeiro é o de acelerar ao máximo o processo de descentralização, utilizando-se o poder indutor que inegavelmente o Ministério da Saúde possui, pelo menos no que concerne às questões centrais como a da gestão múltipla de recursos humanos.

Outro desafio é o de estabelecer claramente formas de reposição dos quadros, já que, com a aposentadoria dos servidores cedidos, Estados e Municípios que contam com essa força de trabalho certamente ressentir-se-ão de novas contratações. Seria necessária, então, uma reavaliação das necessidades de pessoal e de recursos a serem transferidos.

No nível central, os quadros atuantes no chamado núcleo estratégico e nas atividades exclusivas carecem de definição no que concerne à caracterização profissional e desenvolvidos no que se refere ao novo papel que se pretende para o Ministério e entidades associadas.

Para os quadros ligados à prestação de assistência à saúde, propõem-se a sua assunção como quadros em extinção, em decorrência do papel que o Ministério vem assumindo como gestor e não como prestador de serviços; já para o pessoal da área de apoio administrativo e operacional, assumi-lo como passivo social e desenvolver políticas de reinserção no mercado de trabalho.

Relativamente à questão da gestão participativa, ressaltou-se a importância de se delimitar o âmbito em que se deve dar essa participação e que ela deve incidir fundamentalmente sobre os objetivos a que se quer chegar.

Destacou-se, igualmente, que a prestação de serviços de saúde envolve uma teia complexa de eventos de ordem técnica, administrativa, financeira e política e que devem levar em consideração o direito do cidadão em ter suas necessidades e suas pretensões em relação à saúde atendidas.

No entanto, para que se firmem compromissos de participação é essencial a existência de fontes estáveis de financiamento, bem como quais são os resultados que se esperam e quais os mecanismos de avaliação de tais resultados.

Observa-se, entretanto, que, no mais das vezes, o que prepondera é a substituição da política por uma prática populista ou ausência total do projeto; a substituição dos objetivos administrativos por um burocratismo sem sentido; e a ação participativa do funcionalismo substituída por uma ação corporativa exagerada. No centro disso, os usuários desinformados ou organizados segundo interesses que são de outros segmentos que não os da própria comunidade.

A associação, portanto, do populismo, burocratismo, corporativismo, desinformação e desorganização, leva a uma dispersão e uma baixa eficiência. O usuário não é atendido, o funcionário ou prestador de serviço fica insatisfeito e a administração não consegue realizar seus objetivos.

É preciso que cada uma das partes tenha suas expectativas conhecidas e levadas em consideração. As dos usuários podem ser resumidas em encontrar atendimento cordial, competência técnica e resolutividade. As dos funcionários confluem para a remuneração, as condições de trabalho e a satisfação profissional. Já os administradores esperam que, dentro dos limites impostos pelo orçamento, possam trabalhar com um mínimo de padronização que lhes permita exercer alguma forma de controle e de avaliação.

Tais expectativas devem confluir para um processo de negociação coletiva em que é necessária a existência de credibilidade em relação à administração e os resultados das negociações devem ser transformados em protocolos que, encaminhados à autoridade competente, devem ser adequadamente transformados de forma a se constituírem em instrumentos normativos com caráter de legitimidade e de legalidade.

Em relação ao papel do movimento sindical nas negociações reconheceu-se a pequena experiência existente no Brasil, tanto por parte de patrões como de empregados, e que tem razões bastante objetivas: no setor privado, a legislação brasileira estabelece o acordo coletivo ou o dissídio coletivo, criando uma situação em que o exercício de negociação é absolutamente dispensável; já no setor público, a ausência do direito de negociação ao longo dos anos, fez com que as experiências sejam absolutamente pontuais e precárias.

Assim, a CUT foi buscar um pouco da experiência internacional e, a partir do conhecimento dessas experiências, procurou articular uma proposta de contrato coletivo de trabalho nacionalmente articulado, em que se pudesse estabelecer um acordo nacionalmente válido que abarcasse as condições de trabalho, as remunerações básicas, os direitos básicos dos trabalhadores e descentralizasse, no nível de estados e municípios, para que esses contratos fossem referendados regionalmente e acrescidos de pontos acordados em consonância com as particularidades e as características existentes. Seria, desse modo, uma proposta totalmente moderna frente ao arcaico sistema de acordos coletivos ou de dissídios coletivos, intermediados pela Justiça do Trabalho.

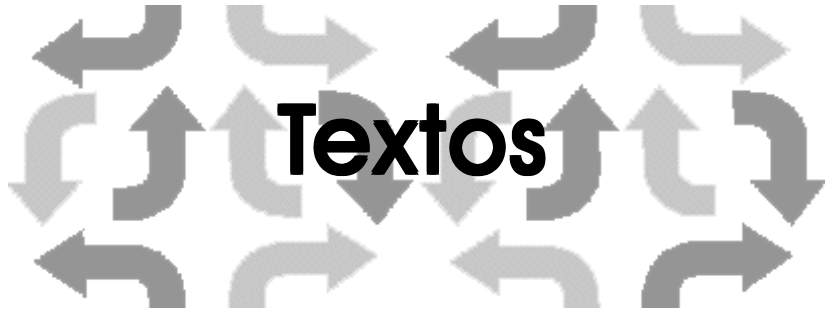
Tal empreitada, contudo, encontra sérios obstáculos ao seu desenvolvimento, a começar pelas dificuldades em se caracterizar os empregadores e as categorias de trabalhadores do SUS e suas respectivas representações de classe nacionais, regionais e locais. Ademais, o processo sofre limitações em seus aspectos jurídicos e no que concerne à fragilidade de representação, principalmente dos empregadores.

Quanto às questões de conteúdo de tais negociações, manifestou-se a importância da inclusão de uma política de carreiras nas pautas de discussão, a recusa de que o conceito de flexibilização seja utilizado visando a quebra de direitos e vínculos empregatícios e a contrariedade do movimento sindical com a tendência à terceirização da força de trabalho de saúde, tendo em vista as características de trabalho em equipe.



PARTE II

Textos



Textos

São a seguir apresentados os textos disponibilizados pelos expositores:

- Adolfo Furtado
- Célia Almeida
- David Braga Júnior
- Ernesto Isuani
- Gilson Cantarino O´Dwyer
- Gonzalo Vecina Neto
- Januário Montone
- Sábado Nicolau Girardi
- Solon Magalhães



Evolução Recente e Perspectivas do Mercado de Trabalho Brasileiro

*Adolfo Furtado**

Apresentação

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, não está passando incólume pelas mudanças ditadas pelo processo de globalização econômica. Durante toda a década de 80 e no primeiro qüinqüênio dos anos 90, o país alternou fases de crescimento elevado e surtos recessivos, ao mesmo tempo em que conviveu com profundos desequilíbrios de balanço de pagamentos, crise fiscal e aceleração inflacionária, responsáveis pela implementação de quatro tentativas heterodoxas de estabilização econômica (os Planos Cruzado, Bresser, Verão e Collor). Além dos desajustes de natureza macroeconômica, houve outras mudanças importantes, tanto no que diz respeito a fatores de caráter estrutural, quanto a variáveis de natureza institucional.

A abertura comercial afetou diretamente a organização da estrutura produtiva do país, notadamente a partir de 1990, ano em que foram eliminados os controles não tarifários sobre as importações e se iniciou um movimento de redução de tarifas, que implicou não apenas uma queda substancial da tarifa média, mas também a redução de sua dispersão inter e intra-setorial. Paralelamente, pôde-se notar uma clara inflexão no comportamento da produtividade do trabalho na indústria de transformação, que passou a crescer a taxas elevadas, ao mesmo tempo em que se alastravam, especialmente na indústria e em menor medida nos serviços, novas tecnologias e formas de organização de produção.

A principal mudança institucional ocorrida no período foi, sem dúvida, a promulgação da nova Constituição Federal, em 1988. No que diz respeito especificamente ao mercado de trabalho, os dispositivos constitucionais acarretaram alterações importantes,

* *Economista e Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados. Este texto, com pequenas alterações, corresponde ao Capítulo III do estudo "Globalização econômica, desemprego e o mercado de trabalho brasileiro na década de noventa", Câmara dos Deputados, Assessoria Legislativa, nov/97, mimeo.*

especialmente ao assegurarem, como direitos do trabalhador urbano e rural, um conjunto de benefícios de natureza salarial que contribuíram para elevar o custo da mão-de-obra no segmento formal do mercado de trabalho, tornando-o, em tese, mais rígido à baixa.

Todos esses fatores afetaram o comportamento do emprego e dos rendimentos no mercado de trabalho brasileiro, em uma direção muito semelhante à vivenciada, em uma primeira fase, por outras economias que passaram por processos de ajuste estrutural: ampliação do segmento informal, aumento do desemprego e bruscas variações do salário real. A questão básica - e de difícil solução - é saber discernir, respectivamente, os efeitos de mudanças estruturais, de variáveis institucionais e de fatores conjunturais sobre o nível de emprego no Brasil, uma vez que, nesse período, todos esses fatores estiveram simultaneamente presentes.

Nesse contexto, a introdução do Plano Real, em julho de 1994, constituiu-se mais um fator a interferir no comportamento do mercado de trabalho. Apesar do inegável êxito na contenção do processo inflacionário e da elevação, em uma primeira fase, dos rendimentos reais médios dos ocupados, o Plano Real não tem sido poupado de críticas, das quais a principal é a elevação das taxas de desemprego, que atingiram, em 1996 e 1997, níveis só inferiores aos prevalecentes na recessão do primeiro triênio da década de 90.

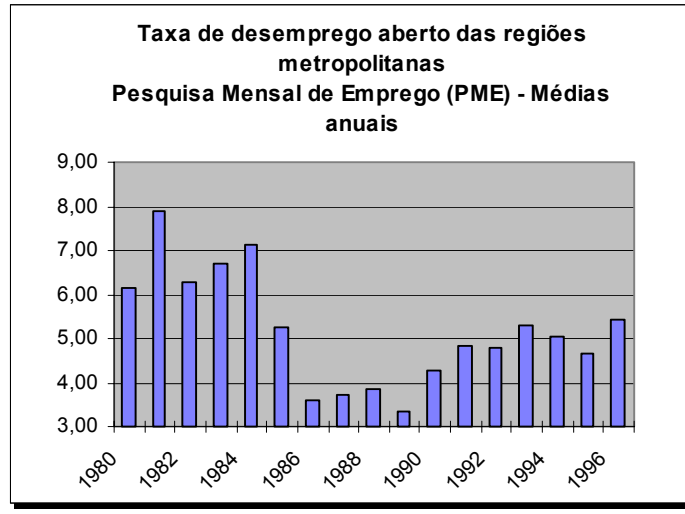
Será esse comportamento recente do emprego um subproduto inevitável do próprio plano de estabilização? Que grupos de trabalhadores têm sido mais afetados pelo desemprego? As políticas anunciadas e implementadas pelo governo para enfrentar o desemprego têm condições de reverter esse quadro, ou, pelo menos, de reduzir o custo social do ajuste? Há mudanças a serem realizadas nas políticas ativas e passivas para o mercado de trabalho brasileiro, à luz da experiência internacional?

Este trabalho tem por objetivo fornecer subsídios para a avaliação dessas questões. Para tanto, a primeira parte traz uma descrição sintética do comportamento das principais variáveis que descrevem a evolução do mercado de trabalho na década de 90. A segunda parte analisa a evolução e a composição do desemprego, ao longo do Plano Real, bem como as políticas que têm sido implementadas no atual Governo, com o objetivo de geração de emprego e renda.

1. O comportamento do mercado de trabalho brasileiro na primeira metade da década de 90

O gráfico 1 apresenta a evolução da taxa média de desemprego aberto para um conjunto de seis regiões metropolitanas[1], ao longo das décadas de 80 e 90.

Gráfico 1



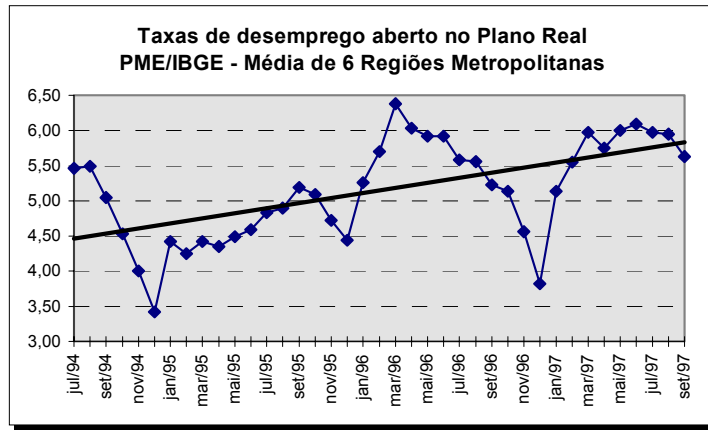
Se examinadas de uma perspectiva de mais longo prazo, as taxas médias de desemprego aberto ao longo da década de 90 não parecem mostrar uma tendência preocupante. Com efeito, a proporção da população economicamente ativa (PEA) que se encontrava desempregada cresceu durante a recessão do primeiro triênio da década, sem, no entanto, atingir os patamares observados durante a recessão do início dos anos 80. Com a recuperação econômica que se iniciou no último trimestre de 1992, a taxa média anual de desemprego inclusive declinou, de cerca de 5,8%, em 1992, para 4,6% em 1995, nível inferior ao de 1985, ano em que o PIB cresceu cerca de 8%.

Por que motivo, então, o desemprego tornou-se a principal preocupação dos brasileiros, conforme assinalaram várias pesquisas de opinião realizadas ao longo do Plano Real?

[1] A Pesquisa Mensal de Emprego (PME), do IBGE, levanta informações sobre emprego e desemprego nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Salvador e Recife. Infelizmente, não existem pesquisas mensais de emprego que captem o comportamento do mercado de trabalho em áreas não metropolitanas.

A taxa de desemprego aberto em 1996 fornece uma primeira pista. Afinal, a taxa média de 5,8% de desemprego foi a maior da década, embora ainda bastante inferior às do início dos anos 80. De todo modo, essa parece ser uma tendência recente, porque os primeiros dois anos de Plano Real produziram uma queda do desemprego. Não obstante, a preocupação com o desemprego tem sido uma constante desde o lançamento do Plano. Uma possível explicação pode ser encontrada no gráfico abaixo, cuja linha de tendência aponta para o crescimento do desemprego, nos três primeiros anos do plano de estabilização econômica.

Gráfico 2



No entanto, para avaliar essa questão com maior profundidade, é fundamental investigar os elementos determinantes do comportamento da ocupação e do desemprego no Brasil.

A taxa de desemprego aberto, como se sabe, corresponde à parcela da população em idade ativa que, no período de referência[2] pesquisado, não estava exercendo qualquer tipo de ocupação, remunerada ou não, mas estava disposta a trabalhar e que, para tanto, tomou alguma providência efetiva. Deste modo, o volume e a taxa de desemprego são influenciados tanto por fatores relacionados à demanda por trabalho, que determina o ritmo de crescimento do nível de ocupação, quanto por fatores relacionados à oferta de trabalho, que influenciam a taxa de crescimento da População Economicamente Ativa. Assim, por exemplo, a taxa de

[2] *No caso dos dados da PME aqui apresentados, o período de referência utilizado é a semana anterior à data de realização da pesquisa.*

desemprego da economia pode crescer, mesmo que se mantenha relativamente inalterado o ritmo de criação de novas ocupações, se o crescimento da PEA for superior. Por outro lado, a PEA pode ter um ritmo de crescimento elevado em função de fatores demográficos (por exemplo, porque aumenta a proporção, na população, das pessoas em idade ativa) ou de fatores culturais e comportamentais da oferta de trabalho, que se expressam na elevação da taxa de participação, ou seja, na proporção da população em idade ativa que se encontra ocupada ou disposta a trabalhar.

O Quadro 1 apresenta dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)[3], que permitem uma visão geral do comportamento das variáveis que influenciaram a demanda e a oferta no mercado de trabalho brasileiro, ao longo do período compreendido entre 1993 e 1996.

Quadro 1

Indicador	Valores anuais				Crescimento médio anual	
	1992	1993	1995	1996	93/92	96/95
PIA	113.722.084	116.115.478	120.936.407	123.623.557	2,10%	2,22%
PEA	69.969.210	70.965.378	74.138.441	73.120.101	1,42%	-1,37%
Ocupados	65.395.491	66.569.757	69.628.608	68.040.206	1,80%	-2,28%
Desocupados	4.573.719	4.395.621	4.509.833	5.079.895	-3,89%	12,64%
Taxa de participação	61,53%	61,12%	61,30%	59,1%		
Taxa de desocupação	6,54%	6,19%	6,08%	6,90%		

Notas:

(1) PIA: população em idade ativa; PEA: população economicamente ativa

(2) Os valores anuais da PIA, PEA, Ocupados e Desocupados são expressos em número de pessoas.

(3) Taxa de participação = PEA/PIA; Taxa de desocupação = Desocupados/PEA

(4) As taxas médias anuais de crescimento correspondem à média geométrica do crescimento acumulado no período.

Uma primeira constatação a se fazer a partir do Quadro 1 é a de que a oferta de trabalho expandiu-se de forma acelerada no período 1992-95, enquanto apresentou uma contração no biênio 1995-1996. A redução da PEA no biênio 1995-96 foi causada basicamente por uma importante queda de dois pontos percentuais na taxa de participação. Finalmente, a PNAD corrobora a tendência de aumento do desemprego, apresentada pelos dados da PME.

[3] *A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que abrange todo o território nacional, com a exceção da zona rural da Região Norte, é de periodicidade anual e sofreu descontinuidades nos anos de 1991 e 1994, razão pela qual os dados apresentados limitam-se aos anos de 1990, 1992, 1993 e 1995.*

O primeiro ano do período 1992-1995 caracterizou-se pela recessão do Plano Collor, que produziu impactos negativos sobre a demanda por trabalho, enquanto mais pessoas procuraram efetivamente trabalho e não o encontraram, engrossando as fileiras dos desempregados. O reflexo está na elevação da taxa de desemprego, medida pela PNAD[4], que se expandiu de cerca de 3,7%, em 1990, para 6,5%, em 1992.

Se a economia estava em recessão no primeiro triênio da década, o que teria causado o aumento na taxa de participação e, conseqüentemente, uma expansão na oferta de trabalho? Uma das possíveis razões para uma maior taxa de incremento da PEA no período 1990-92 foi a queda dos rendimentos reais dos ocupados. De acordo com os dados da PME, o poder aquisitivo dos rendimentos do trabalho dos indivíduos ocupados reduziu-se cerca de 23,5% nesse período, certamente impactando, de forma negativa, a renda familiar *per capita*. Conseqüentemente, o deslocamento na oferta de trabalho, ao longo do período recessivo, pode ser resultante de uma estratégia de ampliação da renda familiar, pela qual certos grupos de indivíduos, especialmente mulheres, cônjuges e filhos, que se encontravam fora da População Economicamente Ativa, passaram a procurar trabalho, tendo em vista a redução dos ganhos dos membros da família que se encontravam ocupados ou que passaram à condição de desempregados. Com efeito, os dados da PNAD para os anos de 1990 e 1992 confirmam que ampliou-se substancialmente não apenas a taxa de participação das mulheres, como também mais do que dobrou a taxa de desemprego entre os indivíduos do sexo feminino.

Nos três anos seguintes, como se pode observar no Quadro 1, a taxa de participação permaneceu relativamente estável e a PEA cresceu a um ritmo inferior ao nível de ocupação, razão pela qual a taxa de desemprego aberto reduziu-se. À primeira vista, portanto, o mercado de trabalho brasileiro mostrou uma rápida recuperação, considerando-se que a economia voltou a crescer, mas a taxas moderadas.

A deterioração do mercado de trabalho no período 1995-96 só não parece ter sido maior, de acordo com os dados da PNAD, em função da contração da oferta de trabalho. Cerca de 2% da População

---

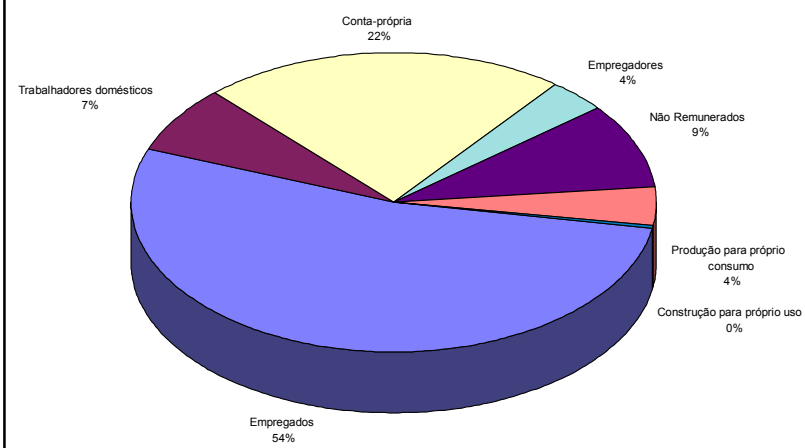
[4] Como se pode observar, as taxas de desemprego captadas pela PNAD possuem uma trajetória diferente das taxas médias anuais de desemprego da PME, além de serem superiores a elas. Em função de diferenças na construção das amostras e de técnicas de aplicação de questionários, as taxas de desemprego geradas por ambas as pesquisas domiciliares não são estritamente comparáveis. Ademais, diferenças metodológicas entre as PNAD's de 1990 e anos seguintes impedem comparações temporais entre números absolutos, razão pela qual não foram calculadas taxas de crescimento da PIA, PEA, Ocupados e Desocupados, entre 1990 e 1992.

em Idade Ativa retiraram-se do grupo de Pessoas Economicamente Ativas. Mesmo assim, as oportunidades de ocupação tornaram-se mais restritas. Embora o número de empregados tenha crescido cerca de 1,1%, todas as demais categorias de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, por posição na ocupação, à exceção das pessoas que estavam trabalhando na construção para o próprio uso, apresentaram reduções no número de ocupações disponíveis. Entre esses grupos em que se constatou queda encontram-se os trabalhadores domésticos, os trabalhadores sem remuneração e os trabalhadores por conta própria. Como o trabalho doméstico e o trabalho sem remuneração são grandes absorvedores de mão-de-obra feminina, é possível que parte da queda na taxa de participação seja explicada pela desistência das mulheres em continuarem procurando emprego em 1996. Do mesmo modo, a redução no número de trabalhadores por conta própria pode ser um sinal de que os ganhos de rendimentos gerados na primeira fase do plano de estabilização estejam dando mostras de esgotamento.

Gráfico 3

Distribuição dos ocupados por posição na ocupação

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - 1996



Que tipo de ocupações e empregos, no entanto, foram gerados ao longo desse período? Em que medida se pode afirmar que a composição do emprego, no Brasil, foi alterada, positiva ou negativamente, pelo processo de ajuste estrutural à globalização econômica?

O Gráfico 3 apresenta a distribuição dos 68 milhões de ocupados brasileiros, por posição na ocupação no trabalho principal, no ano de 1996.

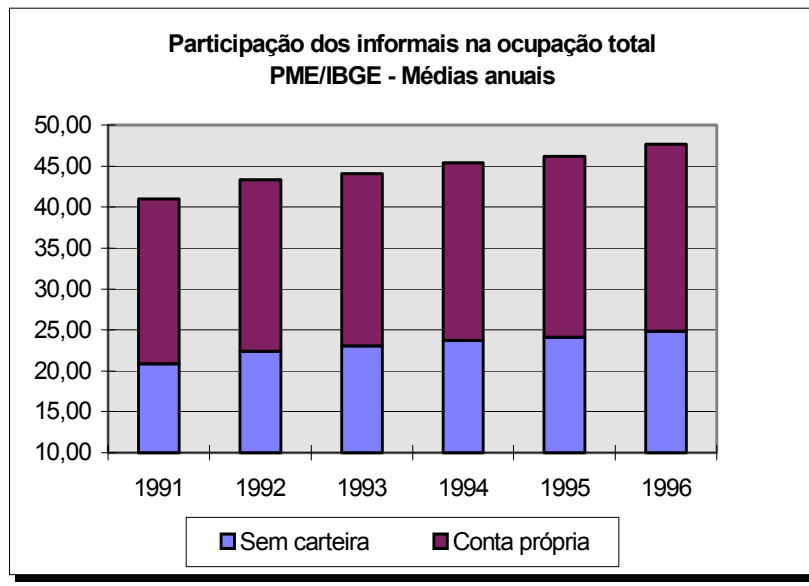
De acordo com os dados da PNAD, praticamente 42% da força de trabalho ocupada em 1996 não estava diretamente ligada a atividades de natureza empresarial, seja como empregados, seja como empregadores. Entre os ocupados que não eram empregadores, nem empregados de qualquer estabelecimento público ou privado, chama a atenção o fato de que 30% deles realizava atividades não-remuneradas para ajudar algum membro da família, ou se dedicava exclusivamente à produção agrícola para subsistência. Por conseguinte, estavam alocados em atividades de baixa produtividade e com relações de trabalho à margem do setor estruturado do mercado de trabalho, que pressupõe relação de assalariamento ou de venda autônoma de serviços. Outros 7% (em sua grande maioria mulheres) eram trabalhadores domésticos e os demais (23%) exerciam atividades por conta própria.

Essa distribuição dos trabalhadores por posição na ocupação não era essencialmente diferente, em 1996, da que prevalecia em 1992 (último ano da recessão) ou em 1993, conforme indicam os dados das tabelas 1 e 2. Entre 1992 e 1995, o movimento mais perceptível é uma contínua, mas pequena, perda de importância dos empregados, em detrimento dos trabalhadores por conta própria e dos trabalhadores domésticos, que é revertida em 1996. No entanto, a comparação das distribuições dos ocupados por posição na ocupação nesses três anos parece apontar no sentido de que as mudanças estruturais, derivadas do processo de globalização, ainda não afetaram de maneira relevante a composição mais agregada do mercado de trabalho brasileiro, embora reafirmem a continuidade de tendências que já vinham sendo esboçadas na década anterior.

Entre essas tendências, a mais relevante talvez seja a progressiva perda de importância do segmento formal do mercado de trabalho urbano, representado pelos trabalhadores com carteira assinada. Nesse sentido, as tabelas 3 e 4 apresentam um conjunto de dados que permitem analisar a distribuição dos empregos formais e informais, pelos diversos ramos de atividade, para os anos 1992, 1993 e 1995. Excluindo-se os empregados no setor agrícola[5], pode-se observar que a participação dos empregados com carteira assinada no total de empregos urbanos caiu de cerca de 72%, em 1992, para 60%, em 1996. Os setores em que a informalização mais avançou foram a construção civil, os serviços auxiliares da atividade econômica, o social e - surpreendentemente - a administração pública. Essa tendência geral de ampliação do segmento informal do

mercado de trabalho também pode ser acompanhada no gráfico 4, que mostra o crescimento da participação dos empregados sem carteira assinada e dos trabalhadores por conta própria na ocupação total das 6 regiões metropolitanas que integram a PME/IBGE.

Gráfico 4



As estatísticas do Ministério do Trabalho[6] também corroboram essa tendência à ampliação dos espaços informais no mercado de trabalho, na década de noventa. A tabela 5 mostra que o nível de emprego no setor formal do mercado de trabalho cresceu de forma sistemática de 1985 até 1989, mesmo em meio a uma profunda desorganização das variáveis nominais da economia, porque, apesar de tudo, o nível de produto permaneceu em ascensão. No período 1990-1992, graças à recessão econômica, o estoque de empregos formais caiu 6,5%. Não obstante, no triênio subseqüente, apesar da recuperação do nível de atividade, o índice agregado de emprego formal manteve-se praticamente constante.

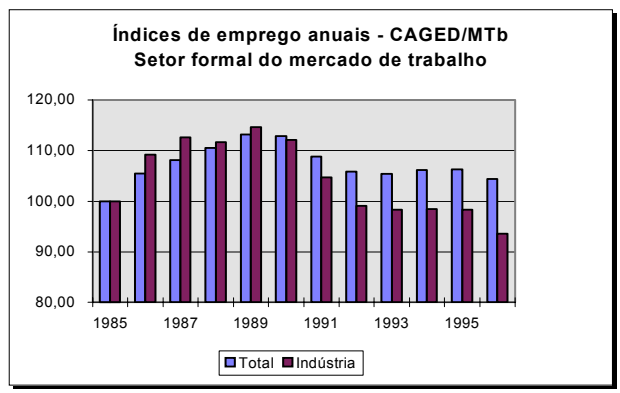
[5] Os empregados representam uma pequena fração dos ocupados no setor agrícola. Mesmo assim, os dados das PNAD's revelam que, embora previsivelmente tenha caído a participação do emprego agrícola no emprego total, também cresceu, ao contrário do que ocorreu com o emprego urbano, o grau de formalização na agricultura. Mesmo assim, esse ramo de atividade continua sendo aquele em que predomina o emprego informal.

[6] Ministério do Trabalho, Secretaria de Políticas de Emprego e Salários, Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED.

Embora, ainda de acordo com os dados do Ministério do Trabalho, todos os setores de atividade[7] apresentassem, em 1996, patamares de emprego inferiores aos que possuíam em 1990, seu comportamento foi bastante heterogêneo. Como tendência geral, pode-se apontar que os ramos de atividade ligados aos setores primário e secundário (indústria extrativa mineral, indústria de transformação e construção civil) perderam sua condição de pólos dinâmicos de geração de empregos no segmento formal do mercado de trabalho, mesmo ultrapassada a recessão do início da década. Caso o comércio e o setor de serviços não houvessem expandido sua oferta de empregos formais a partir de 1993, e com isso compensado a estagnação ou a contração nos demais setores, o índice de emprego agregado teria prosseguido sua trajetória de queda, iniciada em 1990.

O gráfico 5 ilustra essa diferença de comportamento entre os índices de emprego agregado e da indústria da transformação, um dos setores que mais têm contribuído para o baixo nível de expansão da oferta de ocupações no setor formal do mercado de trabalho.

Gráfico 5



Pode-se observar que, nos últimos cinco anos da década de oitenta, a taxa de crescimento do emprego formal na indústria brasileira foi sempre superior à da média de todas as atividades. Essa situação se inverte na década seguinte: a eliminação de empregos industriais foi tamanha, que, em 1996, a indústria brasileira empregava menos gente com carteira assinada do que em 1985.

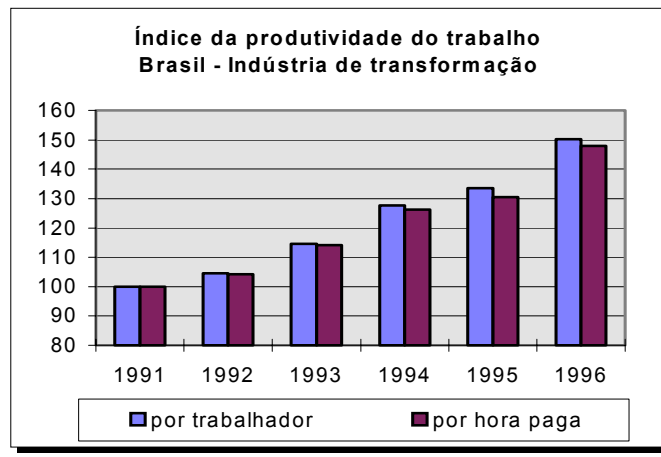
Essa maciça destruição de postos de trabalho na indústria brasileira tem sido objeto de maior atenção por parte dos analistas, do

[7] *Com a exceção da administração pública e outras atividades não declaradas ou mal especificadas que, a exemplo da agropecuária, possuem uma baixa cobertura do CAGED/MTb.*

movimento sindical e da imprensa, não só porque existe a preocupação de que a economia está perdendo empregos de qualidade, mas também porque parece mais fácil, ao senso comum, vincular a queda do nível de emprego industrial à abertura comercial, à introdução de novas tecnologias e à implementação de novas formas de organização intra e interempresariais.

Paes de Barros et allii [1996] constatam que a abertura comercial cumpriu diretamente um papel apenas residual na redução do número de empregos ofertados pela indústria de transformação no Brasil. O impacto líquido da abertura da economia ao exterior, medido pela relação entre a variação do nível de emprego e as variações da produção industrial, essas últimas derivadas das mudanças na propensão setorial a exportar e no coeficiente de penetração das importações, revelou-se estatisticamente insignificante. Por outro lado, o mesmo trabalho concluiu que a rápida elevação da produtividade industrial explica praticamente a totalidade dos postos de trabalho suprimidos na indústria de transformação, ao longo da década de 90. Realmente, ao longo dos primeiros anos da década atual, como se pode ver no gráfico 6, o crescimento da produtividade foi espetacular, independentemente de sua forma de mensuração.

Gráfico 6



Fonte: *MTb/IPEA [1996/2]*

A introdução de novas tecnologias e formas de organização de produção (a exemplo da terceirização) certamente guarda relação estreita com esse incremento da produtividade do trabalho no setor manufatureiro. A questão ainda a ser respondida é se as

empresas industriais brasileiras iniciaram esse surto de modernização produtiva em função de estarem enfrentando maior competitividade externa, ou se o mesmo aconteceria à revelia da abertura comercial. Independentemente de seu elemento motivador, esse movimento de elevação da produtividade do trabalho na indústria tem pelo menos uma conseqüência de longo prazo: a queda na elasticidade emprego/produto industrial. Isto significa que, se antes o nível de emprego crescia cerca de 1% toda vez que o produto industrial se elevava em 1%, a partir de agora será necessária uma elevação bem mais significativa do produto industrial para que o emprego cresça um ponto percentual. Isso requer, por sua vez, uma maior taxa de investimentos no setor.

Por outro lado, uma conseqüência positiva da elevação da produtividade foi o espaço que se abriu para o crescimento dos salários reais dos trabalhadores que permanecem ocupados na indústria de transformação. A renda média real dos ocupados na indústria de transformação, de acordo com os dados da PME/IBGE, elevou-se 11%, entre 1991 e 1996. Se a base de comparação usada for o ano de 1992, o salto dos rendimentos reais foi de 25%, sugerindo que, em um período mais favorável para a barganha salarial, os trabalhadores conseguiram se apropriar de uma parcela maior dos ganhos de produtividade da indústria[8] .

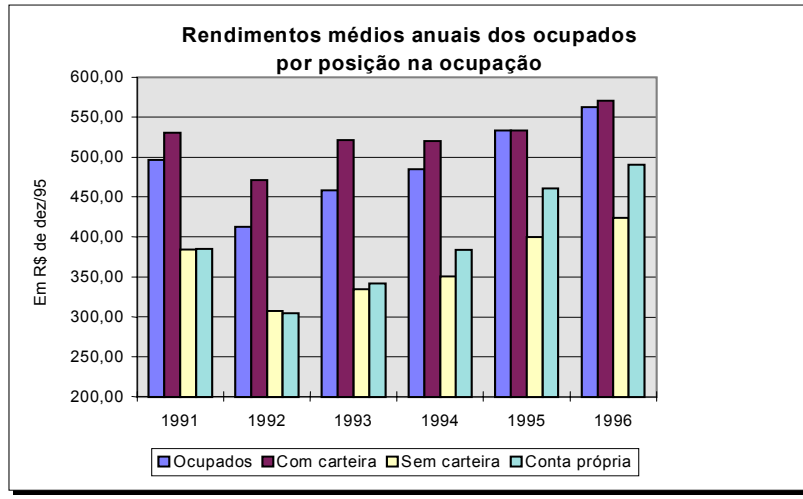
Em suma, os dados sobre a evolução da ocupação nos primeiros cinco anos da presente década indicam que, se a globalização não foi capaz de ampliar ou diminuir significativamente a parcela da população economicamente ativa que se encontra ocupada em atividades não remuneradas ou voltada exclusivamente para a produção agrícola de subsistência, pode ter sido responsável - direta ou indiretamente - pela perda de dinamismo do segmento formal do mercado de trabalho, no que diz respeito à geração de empregos.

Não obstante a estagnação verificada no nível agregado de emprego formal a partir da recuperação econômica iniciada em 1993, as taxas médias anuais de desemprego aberto da economia apresentaram uma trajetória descendente até 1995. Na medida em que a taxa de participação se manteve relativamente inalterada, essa redução nos níveis de desemprego aconteceu porque o segmento informal do mercado de trabalho, representado pelos assalariados sem carteira assinada e os trabalhadores por conta-própria, foi capaz de absorver não apenas os trabalhadores expulsos do segmento formal, mas também uma parcela dos indivíduos que entravam na força de trabalho.

[8] *Os rendimentos reais dos trabalhadores na indústria de transformação caíram, no entanto, cerca de 4% no primeiro semestre de 1997, comparando-se com igual período do ano anterior.*

O bom senso pareceria indicar que esse inchaço do segmento informal levaria a uma estagnação ou mesmo a uma queda dos rendimentos reais dos trabalhadores sem carteira assinada e dos conta-própria, assim como a uma ampliação dos diferenciais de renda entre os ocupados no segmento formal e no informal. O pressuposto implícito nessa hipótese é o de que o segmento informal é composto basicamente por atividades de baixa produtividade, voltadas para o atendimento da demanda proveniente dos rendimentos dos trabalhadores, cujo potencial de crescimento é dado pelo ritmo de expansão da massa salarial do segmento formal. Assim, se a demanda é dada ou cresce a um ritmo apenas moderado, um incremento maior do número de ocupados no segmento informal acarretaria uma queda ou um crescimento inferior dos rendimentos médios desse segmento, ampliando o hiato existente de remunerações entre os segmentos do mercado de trabalho.

Gráfico 7



O gráfico 7 mostra, no entanto, que, a partir de 1993, o índice real do rendimento médio anual cresce não só para o conjunto dos ocupados das regiões metropolitanas, mas para todas as posições na ocupação. No entanto, os aumentos reais dos rendimentos médios dos empregados sem carteira assinada e dos trabalhadores por conta própria até 1996, respectivamente 37,8% e 61%, foram muito superiores aos dos empregados com carteira de trabalho assinada, que evoluíram cerca de 21%. Conseqüentemente, os diferenciais de rendimento entre os

empregados do segmento formal do mercado de trabalho e ambas as categorias do segmento informal reduziram-se drasticamente. Em 1993, um empregado do segmento formal ganhava, em média, 54% mais do que um empregado sem carteira assinada. Em 1995, esse diferencial reduziu-se para 33%. Da mesma forma, os diferenciais de rendimento entre os empregados com carteira e os conta-própria, caíram, nos mesmos anos, de 56% para 15,7%. A partir de 1996, registra-se uma pequena reversão dessa tendência, porque a taxa de crescimento do rendimento real dos assalariados do segmento formal voltou a ser superior.

Ora, se o comportamento das remunerações evoluiu de forma oposta ao que se poderia esperar, novas hipóteses precisam ser elaboradas. No caso dos trabalhadores por conta própria, parte da explicação pode estar na reação dos consumidores ao processo de estabilização econômica. Como uma parcela razoável dos trabalhadores autônomos atua em atividades de prestação de serviços pessoais, que sofre virtualmente nenhuma concorrência externa, pode beneficiar-se inicialmente da falta de noção da sociedade em relação aos preços relativos da economia e de uma memória inflacionária residual, que lhes permite reajustar preços dos serviços e serem sancionados pela demanda[9].

De fato, o ítem "serviços pessoais" foi um dos que mais cresceu nos índices de custo de vida ao longo do Plano Real, ao lado de outros produtos e serviços não comercializáveis no exterior, repetindo o que já havia acontecido no Plano Cruzado. No entanto, como também é típico de processos duradouros de estabilização de preços, a variância dos preços dos *non tradeables* tem cada vez mais se aproximado da dos produtos comercializáveis, o que pode explicar a perda de fôlego do crescimento dos rendimentos dos trabalhadores por conta própria.

No que diz respeito aos assalariados sem carteira, as explicações são ainda mais complexas, porque essa categoria de trabalhadores engloba não apenas os empregados em estabelecimentos industriais, comerciais e de serviços, mas também uma parcela considerável de trabalhadores domésticos[10]. De todo

---

[9] Assim, uma lavagem de carro, feita por um conta-própria com água e sabão, em um estacionamento público em que detém, sozinho ou com um grupo limitado, o monopólio da oferta, pode custar mais do que o dobro de uma lavagem automática, em um posto de combustível.

[10] Infelizmente, as estatísticas publicadas da PME/IBGE não separam essas categorias de empregados.

modo, é razoável supor que parte substancial dessa dinâmica de crescimento dos salários reais dos empregados sem carteira assinada está sendo ditada pelo segmento empresarial. Neste sentido, a única diferença relevante entre empregados formais e informais está justamente na regulamentação da legislação trabalhista e previdenciária, que impõe aos empregadores maior rigidez salarial, maiores custos de contratação e de dispensa, bem como menor flexibilidade na administração do tempo de trabalho dos empregados com carteira assinada.

Supondo-se que, dadas as deficiências da fiscalização, o custo de oportunidade de transgredir a legislação seja próximo de zero, há um espaço para o empregador elevar os salários relativos dos empregados sem carteira, até o ponto em que, na margem, ainda lhe seja vantajoso trocar um empregado formal por um informal. Do ponto de vista do trabalhador, aceitar um emprego informal pode não ser uma imposição, mas uma opção, na medida em que lhe seja mais vantajoso trocar salário diferido (por exemplo, FGTS e desconto previdenciário, que lhe dão direito a renda futura) por um salário maior no presente, mesmo com o risco de não contar com a proteção da lei trabalhista e previdenciária. Esse comportamento, tanto da parte do empregado, quanto do empregador, é mais provável em um contexto de alta rotatividade de mão-de-obra, porque o custo de manter ilegal um trabalhador estável na empresa diminui consideravelmente.

Se essa linha de raciocínio estiver correta, o processo de informalização do trabalho assalariado verificado na década de 90 pode ter uma relação direta com os novos dispositivos constitucionais que passaram a regular o mercado de trabalho. Na medida em que a garantia constitucional de novos direitos trabalhistas acarretou aumento nos custos de mão-de-obra em meio a um ambiente de crescente competitividade, a informalização pode estar sendo a resposta que o mercado encontrou para ampliar sua flexibilidade. Nesse sentido, medidas destinadas a reduzir encargos sociais provavelmente teriam pouco efeito sobre o nível agregado de emprego, embora pudessem, dependendo da magnitude da redução e dos diferenciais de rendimentos prevalecentes, estimular a formalização do emprego.

Com efeito, o salário que o trabalhador formal recebia em 1996 era, em média 35% superior aos rendimentos auferidos pelos assalariados sem carteira de trabalho assinada, para o conjunto das regiões metropolitanas pesquisadas mensalmente pelo IBGE. Partindo desse diferencial, e supondo que todos os encargos sociais de natureza não salarial deixem de ser pagos pelo empregador ao assalariado

informal, o diferencial médio de custos de mão-de-obra entre os segmentos formal e informal pode atingir 97%. Se todas as contribuições sociais sobre a folha salarial[11] fossem eliminadas, a redução percentual do custo de mão-de-obra, no setor formal, seria de apenas 20%. Assim, é provável que o principal efeito de uma redução dos encargos sociais seja a ampliação do grau de formalização no mercado de trabalho brasileiro, só secundariamente acompanhada da geração de novos empregos.

Essa visão geral do comportamento do mercado de trabalho ao longo dos primeiros sete anos da década de noventa traz uma conclusão: embora, a três anos do final do milênio, 15% da população ocupada sequer tenha atingido o estágio de ter sua força de trabalho valorada pelo mercado, algumas mudanças importantes estão ocorrendo.

Em primeiro lugar, há uma melhora nos níveis de produtividade do trabalho industrial, que tendem a transformar a indústria de transformação em um setor que paga salários elevados para um grupo cada vez menor de ocupados. Do ponto de vista da geração de empregos formais, a questão relevante é saber se o setor terciário (comércio e serviços) terá dinamismo suficiente para reverter a tendência de estagnação no segmento formal do mercado de trabalho. Em segundo lugar, os chamados segmentos informais (assalariados sem carteira e conta-própria) parecem estar adquirindo uma dinâmica cada vez menos dependente do segmento formal, como atestam as taxas de crescimento da ocupação e dos rendimentos.

Finalmente - e com a possível exceção da elevação dos rendimentos reais dos ocupados - o Plano Real não parece ser o causador dessas tendências, que surgiram antes de sua implementação e parecem ter causas estruturais ainda não claramente determinadas.

2. A evolução e a composição do desemprego durante o Plano Real

Quando o Plano Real foi oficialmente lançado, em julho de 1994, a principal preocupação das autoridades econômicas era reduzir drasticamente a taxa de inflação, com o menor grau possível de intervenção nos mercados, o que pressupunha não recorrer a medidas típicas de planos de estabilização anteriores, como o congelamento de preços e salários. Em vez disso, a mudança de padrão monetário

[11] Contribuição patronal para a Previdência Social, seguro de acidentes do trabalho, salário-educação, Sebrae, Incra e Sistema S.

foi precedida de um período relativamente curto de convivência da então moeda corrente (o cruzeiro real) com uma moeda indexada (a Unidade Real de Valor - URV), na qual se expressavam todos os contratos, que serviu para reduzir as distorções de preços relativos decorrentes de diferentes prazos de indexação existentes na economia.

Feita a mudança do padrão monetário, a estabilidade de preços tem sido mantida com base em medidas posteriores de desindexação[12]; com o controle sobre o preço dos *tradeables* pela via das importações (mercê de uma taxa de câmbio valorizada e de uma posição confortável de reservas internacionais); com a ajuda de boas safras agrícolas e, *last but not least*, com a firme disposição das autoridades econômicas de sacrificar maiores taxas de crescimento em prol da manutenção da estabilidade de preços e de uma boa administração do déficit na conta de transações correntes[13].

No curto prazo, o controle da atividade econômica tem sido realizado basicamente por meio da política monetária e de crédito, com ênfase na demanda privada, dada a rigidez à queda das despesas do setor público. Por esse motivo, as autoridades econômicas têm insistido em que os bons resultados alcançados, até agora, no campo da luta contra a inflação, só serão consolidados a partir de um ajuste fiscal duradouro, que ainda está longe de ser alcançado. As recentes turbulências no mercado internacional de capitais, precipitadas pela crise cambial e bancária de muitos países do Sudeste da Ásia, com seus desdobramentos sobre o financiamento do déficit em conta corrente do Brasil, têm confirmado a necessidade premente do ajuste fiscal. No longo prazo, a recuperação da capacidade de poupança do setor público, por outro lado, também é considerada essencial para elevar a taxa de investimento da economia e permitir que o país volte a crescer a taxas próximas a 6% ao ano[14].

Em síntese, com a exceção do mecanismo de transição representado pela URV, o Plano Real apresenta, ao contrário das tentativas de estabilização que o precederam, características típicas de um plano de ajuste "ortodoxo". Esses processos de ajuste estrutural

---

[12] Três exemplos são a proibição de cláusulas de indexação de contratos com reajustamento inferior a um ano, a extinção do IPC-r e a substituição de leis de reajustamento salarial pela livre negociação coletiva na data-base.

[13] Mediante a manutenção de um diferencial positivo entre os juros internos e externos, que afaste qualquer risco de desequilíbrios externos.

[14] A premissa subjacente é a de que um crescimento anual de 6% não pode ser sustentado sem que a taxa de investimento alcance algo em torno de 23%. Supondo-se uma poupança externa da ordem de 2% do PIB, e considerando-se que a poupança privada gira em torno dos 16% do PIB, a poupança pública teria que atingir cerca de 5% do produto interno bruto. Atualmente, a poupança pública equivale a - 3,5% do PIB.

são, conforme demonstram as experiências internacionais[15], geralmente acompanhados por um período inicial em que se ampliam os níveis de desemprego, encolhe o segmento formal do mercado de trabalho e caem os salários reais, até que a economia possa voltar a crescer, impulsionada basicamente pelo setor exportador.

A primeira parte desta seção mostrou, no entanto, que a ampliação do segmento informal do mercado de trabalho é uma tendência que já se manifesta desde o início da década. Por outro lado, ultrapassada a recessão do período 1990-92, os rendimentos dos ocupados passaram a ter uma tendência ascensionista, que prosseguiu durante o Plano Real.

Não obstante, a tendência evidente do desemprego tem sido a de crescimento ao longo do Real, embora com flutuações de caráter sazonal. Diante do comportamento da taxa de desemprego ao longo do Plano Real, três questões podem ser levantadas: até que ponto o crescimento do desemprego se deve a medidas de política econômica? Quais são as perspectivas de que o desemprego volte a aumentar, em 1998? As medidas que vêm sendo tomadas pelo governo em relação aos desempregados são adequadas e suficientes?

a) Plano Real, atividade econômica e emprego

Vimos que, no primeiro triênio da década de noventa, a taxa de desemprego aberto cresceu em função de dois fatores que agiram simultaneamente: de um lado, a retração da atividade econômica, motivada pela recessão do Plano Collor, arrefeceu a demanda por trabalho, especialmente a originada no segmento empresarial; de outro, ampliou-se a oferta de trabalho, em virtude de um salto na taxa de participação, provavelmente induzido por uma importante redução real dos rendimentos reais dos ocupados[16].

Ao contrário daquele período, a taxa de participação, medida nas seis regiões metropolitanas pesquisadas pela PME/IBGE, tem se mantido relativamente estável, indicando que a PEA não está se expandindo mais do que seu crescimento vegetativo. Logo, é razoável supor que as altas e baixas da taxa de desemprego durante o Plano Real foram causadas, basicamente, por oscilações conjunturais na demanda por trabalho, a qual, por sua vez, é influenciada tanto pelo nível da demanda corrente no mercado de produtos, quanto pelas expectativas em relação ao comportamento futuro da economia.

---

[15] Ver seção anterior.
[16] Ver subseção anterior.

Assim, uma maneira indireta de acompanhar o que aconteceu com o mercado de produtos é examinar a evolução de alguns indicadores da atividade econômica, procurando relacioná-los com as medidas de política econômica implementadas.

O quadro 2 mostra a evolução trimestral do PIB, segundo os principais setores de atividade. As taxas representam a variação acumulada do produto em quatro trimestres, de modo que o dado correspondente ao último trimestre de cada ano é, por definição, igual à taxa de crescimento do PIB no exercício.

Quadro 2
Produto Interno Bruto - Taxa acumulada em quatro trimestres

Período	Setor			
	PIB total	Agropecuária	Indústria	Serviços
1994.III	4,6	7,1	5,3	3,3
1994.IV	5,9	9,3	7,0	4,1
1995.I	7,2	8,9	9,2	5,1
1995.II	7,9	7,2	9,8	6,6
1995.III	6,5	5,5	6,9	6,6
1995.IV	4,1	5,1	2,0	5,7
1996.I	1,2	3,6	-3,0	4,4
1996.II	0,4	2,4	-3,9	3,7
1996.III	1,8	3,4	-1,0	3,8
1996.IV	3,0	3,1	2,5	3,4
1997.I	4,4	4,7	5,8	3,9
1997.II	5,1	5,8	7,3	3,8

Fonte: IBGE/IPEA

Como se pode observar, o crescimento do produto se desacelera expressivamente a partir do terceiro trimestre de 1995, e só retoma uma trajetória ascendente no segundo semestre de 1996. Essa brusca retração da atividade econômica naquele período foi liderada pela indústria de transformação, pela construção civil e pela lavoura, e se refletiu na redução das taxas de crescimento do comércio e dos serviços de transportes.

Outros indicadores, obviamente, apontam para resultados semelhantes. O índice de faturamento real do comércio varejista no Estado de São Paulo caiu cerca de 15% entre o primeiro trimestre de 1995 e o segundo trimestre de 1996, e o nível de utilização da capacidade instalada na indústria paulista caiu 6% no primeiro trimestre de 1996, se comparado com igual período do ano anterior.

No caso específico da indústria de transformação, os impactos negativos foram diferenciados, segundo categorias de uso. A indústria de bens de consumo duráveis cresceu praticamente 6% ao ano, entre julho de 1995 e abril de 1996, enquanto os demais bens de consumo tiveram sua produção praticamente estagnada. Os bens de capital e os bens intermediários, no entanto, sofreram decréscimos importantes da produção, nesse período (-22,5% e -5,7%, respectivamente). Essa queda no ritmo da produção teve um impacto violento sobre o mercado de trabalho.

No primeiro ano do Real, o emprego industrial manteve-se relativamente estável, graças ao crescimento verificado no segundo semestre de 1994. Ao longo do segundo ano do Plano Real, no entanto, o pessoal empregado, segundo dados da Confederação Nacional da Indústria - CNI, reduziu-se em 8,2%, enquanto as horas trabalhadas na produção também caíram cerca de 7,4%. No entender da CNI, porém,

> *"parcela expressiva dessa retração [do emprego e das horas trabalhadas] se explica pelo movimento de longo prazo determinado pela busca de maior eficiência e competitividade por parte das empresas. A incorporação de novas tecnologias e métodos gerenciais, inclusive a terceirização de atividades, buscam eliminar desperdício e dar maior eficiência ao esforço produtivo. Os ganhos de produtividade obtidos têm como contrapartida a inexorável redução da necessidade de trabalho por unidade de produto, com impactos redutores sobre o nível de emprego industrial a médio prazo*[17]."

Como vimos na subseção anterior, todavia, o movimento estrutural de ampliação da produtividade industrial já se manifestava desde o início da década de noventa. Essa abrupta redução da atividade econômica e a conseqüente ampliação do desemprego, no segundo ano do Plano Real, foram basicamente causadas por uma política deliberada de aperto creditício e elevação real das taxas de juros, que, por sua vez, foi motivada por uma reação de cautela à crise mexicana do início de 1995. Em março de 1995, a taxa *overnight* - SELIC é puxada mais de um ponto percentual para cima, em uma conjuntura de inflação declinante. Apesar de as autoridades econômicas terem começado a reduzir de forma gradual, mas consistente, as taxas de juros a partir de junho de 1995, seu patamar, em termos reais, permaneceu mais elevado em 1995 do que no segundo semestre do ano anterior.

[17] *CNI [06/1996], p.5.*

Esse declínio gradativo dos juros foi secundado por uma política de afrouxamento do crédito, principalmente a partir do segundo semestre de 1995, mas os impactos negativos sobre a atividade econômica e as expectativas já haviam sido gerados. Apesar das sinalizações favoráveis ao reaquecimento da economia, constatou-se um empoçamento do crédito, tanto no sistema financeiro privado quanto no público, e um nível de inadimplência elevado entre pessoas físicas e jurídicas, que só começaram a ser parcialmente superados no segundo semestre de 1996.

Essa política econômica contracionista produziu, obviamente, efeitos negativos sobre o mercado de trabalho, especialmente no segmento formal, que possui uma sensibilidade muito maior do que os assalariados informais e os trabalhadores por conta própria, em relação a flutuações conjunturais da atividade econômica.

Nesse sentido, não é difícil presumir quais serão os efeitos das medidas tomadas pelas autoridades econômicas, em outubro e novembro de 1997, para fazer face aos impactos provocados pelo aumento da volatilidade e pela contração da liquidez nos mercados financeiros internacionais, decorrentes da crise enfrentada pelas economias do Sudeste Asiático. As taxas de juros internas foram duplicadas no curtíssimo prazo e um pacote fiscal de emergência, abrangendo cortes de despesas e elevação de impostos destinados a gerar uma economia anual de R$ 20 bilhões, foi apresentado ao Congresso Nacional. A expectativa é a de que, se mantidas as taxas de juros em patamares elevados por mais de três meses, os efeitos negativos no mercado de trabalho comecem a ser sentidos com mais rigor já a partir de janeiro de 1998[18].

A médio e longo prazos, no entanto, as possibilidades de retomada sustentada do crescimento e a queda da desocupação no mercado de trabalho irão depender de como a economia brasileira irá superar as restrições de caráter interno e externo. Já se mencionou, anteriormente, a necessidade de elevação do patamar de investimentos da economia, como pressuposto para maiores taxas de crescimento econômico. Enfatizou-se também o consenso de que é fundamental elevar a capacidade de poupança do setor público para que essa meta seja atingida. No entanto, a necessidade de manutenção de um prêmio cambial elevado, como forma de financiar dé-

[18] É provável que, até o final do ano de 1997, a taxa de desemprego aberto não se eleve, quer pelos motivos sazonais usuais vinculados ao desempenho do comércio, quer porque a maior parte das empresas industriais está preferindo dar férias coletivas a seus empregados, em vez de demiti-los, no aguardo de uma sinalização da trajetória futura das taxas de juros.

ficits em transações correntes, contribui não só para dificultar os esforços de recuperação da capacidade de poupança pública (em função do aumento do custo da dívida interna), como para criar desequilíbrios na balança comercial (via sobrevalorização do câmbio).

As saídas para esse impasse são medidas institucionais que reduzam despesas no setor público e políticas que alavanquem o crescimento das exportações. No caso das últimas, há as que trazem o risco de elevação da inflação (é o caso de uma desvalorização cambial abrupta) e as que, no curto prazo e médio prazos, procuram estimular de outras formas as exportações (crédito, desoneração tributária, redução de custos de transporte e infra-estrutura), enquanto se aguarda que o ajuste fiscal e a elevação da competitividade da economia[19] possam eliminar as restrições ao crescimento. Essa segunda alternativa está claramente sendo seguida pelo Governo.

b) Os desempregados do Plano Real

Enquanto a economia brasileira não reúne as condições necessárias para que o país volte a crescer a taxas elevadas, que tipo de políticas para o mercado de trabalho têm sido implementadas pelo governo brasileiro? Têm elas sido suficientemente abrangentes e eficazes para reduzir os custos sociais do ajuste?

Para responder a essas perguntas, é importante, antes de mais nada, ter uma noção clara de quantos e quem são os desempregados brasileiros. Definir o perfil médio do desempregado brasileiro - pelo menos o que mora nas regiões metropolitanas - não é uma tarefa tão difícil. Estabelecer, com precisão, o seu número (um requisito essencial para a avaliação de qualquer política de combate ao desemprego), já se torna um trabalho um tanto mais complicado, em função de dois motivos.

Em primeiro lugar, há mais de um conceito de desemprego[20] e diversas instituições levando a cabo pesquisas domiciliares, entre as quais as mais importantes são a PME/IBGE e a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED), realizada por meio do convênio SEADE/DIEESE. Assim, diferenças em relação ao conceito de desemprego, à construção e expansão da amostra, à elaboração dos questionários de pesquisa, bem como procedimentos diferentes para sua aplicação, podem gerar

[19] Não se pode desconsiderar o fato de que parte do crescimento recente das importações e, portanto, do déficit comercial, é motivado pela compra de bens de capital e bens intermediários, que tendem a gerar ganhos de produtividade futuros.

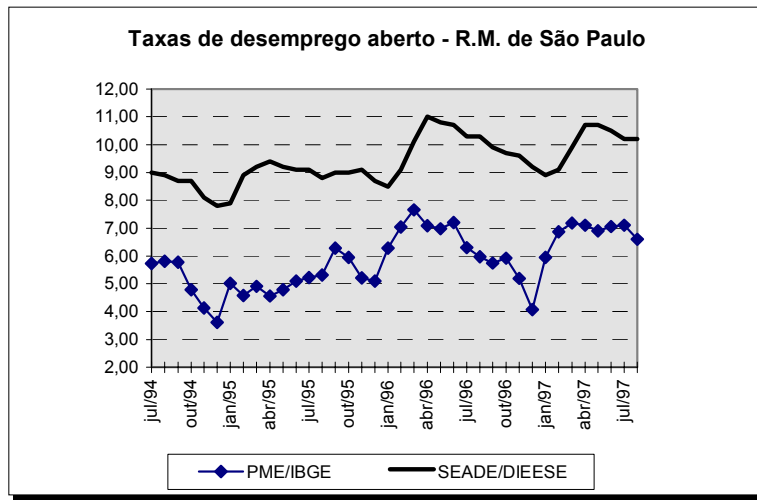
[20] Além do conceito de desemprego aberto, podem ser definidos os conceitos de desemprego oculto pelo trabalho precário, desemprego oculto pelo desalento e de desemprego total, que corresponde à soma de todos os tipos de desemprego. Para uma melhor compreensão das diferenças entre esses conceitos, ver DIEESE [1996].

estimativas diferentes para a quantidade de pessoas desempregadas, mesmo quando ambas as pesquisas estam procurando mensurar o desemprego aberto.

Em segundo lugar, e na medida em que os diversos conceitos de desemprego englobam situações diferentes no mercado de trabalho, não deixa de ser uma discussão política quais definições devem ser usadas como referências, no desenho de uma política de combate ao desemprego. O seguro-desemprego, as ações de recolocação de mão-de-obra e os programas de reciclagem profissional devem ser desenhados em função de clientelas específicas, que variam segundo a decisão se as políticas ativas e passivas do mercado de trabalho devem abranger apenas a parcela da PEA em regime de desemprego aberto, ou também a que se encontra subempregada e até mesmo as pessoas que desistiram de procurar trabalho.

Até agora, esta seção tomou por base a evolução das taxas de desemprego aberto calculadas a partir da PME/IBGE. No entanto, a escolha dessa fonte de informação não representou qualquer prejuízo ou distorção para a análise. Isto porque o principal objetivo desta seção tinha sido analisar as tendências recentes do mercado de trabalho e a evolução do desemprego aberto, em particular. Nesse sentido, pode-se ver pelo gráfico 8 que, embora as taxas de desemprego aberto do IBGE e do SEADE/DIEESE para a Região Metropolitana de São Paulo tenham patamares bastante diferentes, sua evolução histórica é muito semelhante.

Gráfico 8



Se a tendência geral do desemprego aberto é semelhante entre as duas fontes de informações, o mesmo não se pode afirmar em relação ao número de desempregados estimado por ambas as instituições, conforme se constata pelo exame do quadro 3, que reúne os dados usualmente divulgados pela imprensa, a partir dos *press releases* do IBGE e do SEADE/DIEESE.

Quadro 3

Estimativas do número de desempregados na Região Metropolitana de S. Paulo - Pesquisa Mensal de Emprego (PME) e Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) - Agosto/1997

TIPO DE DESEMPREGO	PME	PED
Aberto	505.224	880.000
Oculto pelo trab. precário	----	345.000
Oculto pelo desalento	----	146.000
Desemprego total	505.224	1.371.000

Fonte: IBGE e SEADE/DIEESE - informativos para a imprensa.

Na realidade, a comparação pura e simples entre essas estimativas do número de desempregados esconde um conjunto de diferenças metodológicas, conhecidas pelos analistas, mas raramente enfatizadas pelas próprias instituições, das quais as mais importantes são as seguintes:

- as populações economicamente ativas que servem como base para o cálculo do número de desempregados normalmente divulgado por ambas as instituições são diferentes: enquanto o IBGE considera a faixa etária de 15 anos e mais, o SEADE/DIEESE trabalha com indivíduos de 10 anos e mais[21] ;
- o período de referência da pesquisa mais amplamente divulgado é a semana anterior à aplicação do questionário, para a PME, e o mês, no caso da PED[22] ;
- o IBGE não calcula taxas de desemprego oculto, o que leva um grande número de pessoas a cometerem o erro de comparar o número de indivíduos em regime

[21] *Ambas as pesquisas possuem projeções para as duas cortes. No entanto, a divulgação é normalmente feita com base apenas em uma delas. Além disso, existem diferenças metodológicas importantes nas projeções de ambas as instituições para a população residente e a População em Idade Ativa.*

[22] *Mais uma vez, ambas as instituições calculam taxas de desemprego levando em consideração os dois períodos de referência, mas só divulgam usualmente uma. De todo modo, persistem diferenças significativas entre as taxas de desemprego aberto que têm como referência o mês, ainda não devidamente esclarecidas.*

de desemprego aberto, do IBGE, com o total de desempregados, calculado pelo SEADE/DIEESE, que engloba os dois conceitos de desemprego.

Do ponto de vista da formulação de políticas para o mercado de trabalho, o essencial é ter em mente que, no caso da RM de São Paulo, 57% da diferença entre o número total de desempregados do SEADE/DIEESE e a quantidade de pessoas em desemprego aberto, segundo o IBGE, deve-se a que se poderia chamar de divergência "conceitual", ou seja, a devida ao fato de os números da PED incluírem, como desempregados, duas categorias de indivíduos que a PME desconsidera: os subempregados e os que desistiram de procurar emprego[23] . Os restantes 43% decorrem de divergências "estatísticas" (projeções de PEA e diferentes períodos de referência para a pesquisa).

Assim, qualquer avaliação da abrangência das ações governamentais nas regiões metropolitanas terá que levar em conta essas diferenças conceituais e metodológicas. De todo modo, tanto a definição do montante dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários à implementação de políticas para o mercado de trabalho, quanto seu acompanhamento posterior, ficam prejudicadas em função de não existirem pesquisas de curta periodicidade que mensurem a evolução e a composição do desemprego em nível nacional. Com a exceção da PNAD, cuja abrangência é nacional, mas que só é realizada uma vez ao ano, todas as demais pesquisas domiciliares de emprego e desemprego são mensais, mas restritas a um número reduzido de regiões metropolitanas ou grandes conurbações. A evolução conjuntural do desemprego no Brasil não metropolitano é, a rigor, desconhecida.

Tendo essas limitações em mente, é importante traçar um retrato do desempregado brasileiro. A análise da composição do desemprego, ou seja, das características pessoais dos desempregados, permite identificar quais os grupos de trabalhadores com maior risco de ficarem desocupados (por meio da taxa de desemprego de cada grupo), qual a contribuição de cada grupo para o número total de desempregados em dado instante, além de fornecer indicações importantes sobre a duração do desemprego.

O quadro 4 apresenta as taxas médias de desemprego aberto e a contribuição para o desemprego total, observadas nos primeiros cinco meses de 1997, segundo o sexo e a posição do indivíduo no domicílio.

---

[23] *A PME considera os primeiros como ocupados, e os últimos como inativos.*

Quadro 4
Taxas de desemprego aberto e contribuição para o desemprego, segundo alguns atributos pessoais
PME/IBGE - Média de 6 Regiões Metropolitanas, Jan/Mai - 1997

Atributo pessoal	Taxa de desemprego (%)	Contribuição (em %)
Gênero		
Masculino	5,38	55,2
Feminino	6,53	44,8
Posição no domicílio		
Chefe	3,69	31,19
Cônjuge	4,08	12,70
Filhos	11,05	48,89
Outros	7,33	7,22

Fonte: MTb/IPEA [1996/2]

De acordo com os dados da PME, 6,5% das mulheres economicamente ativas encontravam-se desempregadas nos primeiros 5 meses de 1997. Era uma taxa de desemprego superior à dos homens que, no entanto, constituíam-se maioria entre os desempregados, porque sua participação na PEA ainda é superior à das mulheres. A taxa de desemprego aberto é baixa entre os chefes de família, os principais responsáveis pelo aporte de renda para o domicílio. No entanto, esse grupo contribuiu, em média, com 31% do número total de desempregados das 6 regiões metropolitanas pesquisadas pelo IBGE, no período considerado.

Chama a atenção, ademais, a alta taxa de desemprego prevalecente entre os filhos, que também contribuem com a maior parcela do total de desempregados. Esta já é uma indicação de que o desemprego é elevado e extenso entre os trabalhadores jovens, que pode ser atestada pelo quadro 5, que apresenta essas variáveis segundo a faixa etária.

Quadro 5
Taxas de desemprego aberto e contribuição para o desemprego, segundo a faixa etária
PME/IBGE - Média de 6 Regiões Metropolitanas, Jan/Mai - 1997

Faixa Etária	Taxa de desemprego	Contribuição (em %)
15 a 17	14,34	9,08
18 a 24	11,52	37,71
25 a 30	6,81	16,11
30 a 39	4,33	21,13
40 a 49	3,03	11,43
50 a 59	2,17	3,71
60 a 64	1,10	0,41
65 e mais	1,40	0,42

Fonte: MTb/IPEA [1996/2]

Com efeito, a contribuição para o desemprego dos jovens com até 24 anos é muito semelhante à participação dos filhos: esses dois grupos de indivíduos representam quase metade dos desempregados das 6 regiões metropolitanas, uma indicação de que a maior parte dos jovens desempregados de até 24 anos ainda reside no domicílio dos pais. Outra constatação importante é a de que a taxa de desemprego aberto é inversamente proporcional à faixa etária, ou seja, o risco de o indivíduo procurar trabalho e não encontrá-lo é tanto maior quanto menor for a sua idade.

Assim, dadas as altas taxas de desemprego do grupo e sua elevada participação no total de desempregados, os jovens deveriam receber atenção prioritária das políticas voltadas para o combate ao desemprego. Em princípio, isso requer, antes de mais nada, o desenho de políticas de treinamento e formação profissional específicas, que enfatizem, no curto prazo, a aquisição de habilidades básicas, que possibilitem aos jovens melhor adaptação a um número maior de ocupações, ampliando, desta forma, suas oportunidades de emprego. Por outro lado, e dado que as exigências para habilitação ao seguro-desemprego tendem a alijar, da percepção do benefício, a maior parte das pessoas com pouco tempo de emprego formal, caberia pensar em outros formatos de programas de proteção a jovens desempregados de longa duração, a exemplo da participação em trabalhos comunitários ou da concessão de subsídios ao setor privado para a contratação de grupos específicos de jovens, acoplada a programas de treinamento no local de trabalho.

As taxas e a contribuição ao desemprego, segundo o grau de instrução, são apresentadas no quadro 6.

Quadro 6
Taxas de desemprego aberto e contribuição para o desemprego, segundo o grau de instrução
PME/IBGE - Média de 6 Regiões Metropolitanas, Jan/Mai - 1997

Faixa Etária	Taxa de desemprego	Contribuição (em %)
Até 4 anos de escolaridade	4,51	23,20
De 5 a 8 anos	7,98	36,39
De 9 a 11 anos	7,29	32,94
12 e mais anos de escolaridade	2,71	7,47

Fonte: MTb/IPEA [1996/2]

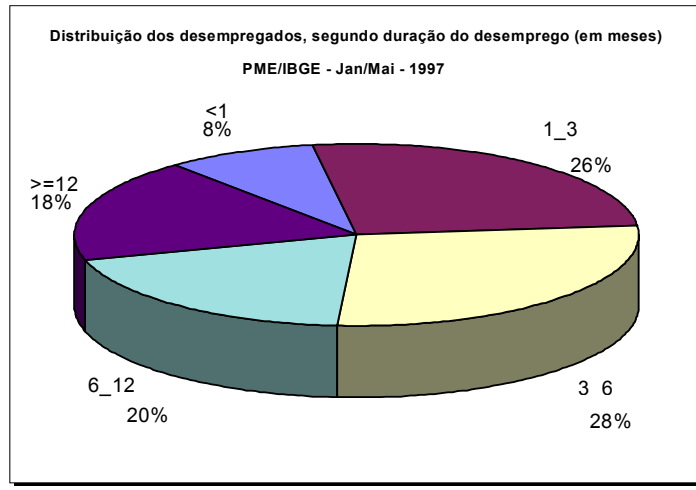
Com a introdução de novas tecnologias e formas de organização da produção, que requerem trabalhadores mais qualificados e com maior nível de escolaridade básica, seria de se esperar que, notadamente a partir da década de 90, as taxas de desemprego aberto diminuíssem monotonicamente, quanto maior o grau de instrução do indivíduo. No entanto, elas são relativamente baixas para os indivíduos que têm, no máximo, o primário completo, crescem para as faixas médias de escolaridade e voltam a decrescer para as pessoas que possuem, no mínimo, o segundo grau completo. São também as faixas médias de instrução que contribuem com a maior parcela do total de desempregados.

Paes de Barros e Camargo [1996] encontram resultados semelhantes para um período mais longo de tempo, o que faz supor, inicialmente, que a estrutura agregada da demanda no mercado de trabalho brasileiro - que engloba os segmentos formal e informal - não foi ainda grandemente afetada por tecnologias demandantes de mão-de-obra qualificada. Tendência diversa, contudo, pode estar se manifestando em setores específicos, como a indústria de transformação. Finalmente, a diferença entre taxas de desemprego aberto dos indivíduos com baixa ou nenhuma escolaridade e aqueles com níveis médios de instrução pode estar indicando a existência de "mercados internos", ou seja grupos de ocupações pelas quais os trabalhadores de um e outro grupo não competem.

Os gráficos 9 e 10 apresentam, respectivamente, a distribuição dos desempregados por duração do desemprego[24], nos primeiros 5 meses de 1997, bem como a evolução recente da participação dos desempregados de longa duração (com doze ou mais meses de desemprego) no total de desempregados.

[24] *A duração do desemprego informada é a decorrida entre o início do desemprego e a semana de referência da pesquisa. Pode, por conseguinte, estar subestimando a duração efetiva do desemprego.*

Gráfico 9



A distribuição dos desempregados por duração do desemprego dá uma idéia não apenas da sua intensidade, mas da adequação da cobertura temporal do seguro-desemprego. A legislação do seguro-desemprego[25] assegura parcelas do benefício por um período variável de 3 a 5 meses, dependendo do tempo de serviço anterior do segurado, podendo o Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador - CODEFAT prorrogá-las por até dois meses, em função da conjuntura econômica. Nos primeiros 5 meses de 1997, cerca de 62% dos desempregados estavam desempregados há seis meses ou menos.

Dadas as restrições estabelecidas na lei, é certo que uma parcela menor dos desempregados estaria protegida por toda a duração do desemprego mas, mesmo assim, o programa do seguro-desemprego parece oferecer uma cobertura temporal adequada, mesmo para padrões internacionais. Alie-se a isso o fato de que a taxa de reposição do benefício[26], dada a distribuição de salários no Brasil, é elevada. Assim, considerando-se o fato de o seguro-desemprego ser restrito ao segmento formal do mercado de trabalho, suas coberturas temporal e de renda parecem suficientes.

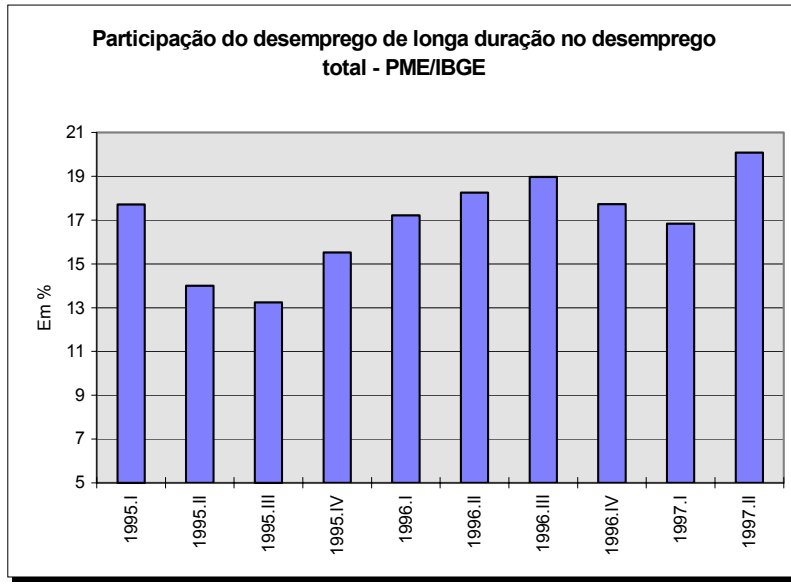
---

[25] Lei nº 8.900, de 30 de junho de 1994.

[26] A taxa de reposição do benefício equivale à parcela do salário líquido anterior do trabalhador que está sendo reposta pelo valor do benefício do seguro-desemprego. Para uma análise do seguro-desemprego brasileiro e comparação com a experiência internacional, ver Furtado [1994].

Não obstante o fato de a maioria dos trabalhadores experimentarem períodos curtos de desemprego, preocupa a tendência à elevação do desemprego de longa duração, conforme se pode observar pelo gráfico 10.

Gráfico 10



A parcela dos indivíduos em regime de desemprego aberto há pelo menos 12 meses cresceu sistematicamente entre o último trimestre de 1995 e o terceiro trimestre de 1996, declinou no semestre subseqüente e voltou a crescer, no segundo trimestre de 1997. O fato de a participação do desemprego de longa duração ter aumentado mesmo a partir do segundo trimestre de 1996, quando se observou uma tendência sazonal de redução das taxas de desemprego aberto, indica uma maior dificuldade conjuntural para um determinado grupo de trabalhadores encontrar colocações no mercado de trabalho. Com efeito, os desempregados de longa duração, provavelmente em virtude de algum atributo individual específico, parecem ser discriminados pelo mercado, o que faz com que a queda de sua participação no total de desempregados só ocorra com certa defasagem, em relação ao início dos períodos de recuperação do mercado de trabalho.

---

[27] Os dados primários da Pesquisa Mensal de Emprego permitem que tabulações especiais possam ser elaboradas, de modo a identificar as principais características desse grupo de trabalhadores (sexo, idade, grau de instrução, setor de atividade, etc.). No entanto, até a data de elaboração deste trabalho, não estavam ainda disponíveis os microdados.

Do ponto de vista da definição de políticas, portanto, é fundamental que as características específicas dos desempregados de longa duração sejam melhor conhecidas[27]. Esses indivíduos podem estar sendo preteridos pelo mercado em função de deficiências pessoais (baixa qualificação ou deficiência física, por exemplo) ou de pura e simples discriminação. Uma parcela desse grupo, ademais, pode estar desempregada há mais de um ano em virtude de ajustes estruturais nos setores em que trabalhavam. Na medida em que os desempregados de longa duração representam cerca de 1% da PEA e são o grupo que deve apresentar os maiores índices de pobreza, programas e projetos de emprego, reciclagem profissional e intermediação de mão-de-obra devem ser dirigidos especificamente a ele.

c) As políticas governamentais para o mercado de trabalho

As ações do governo empossado em 1995, relacionadas à questão do emprego, estão reunidas e comentadas no documento intitulado "O mercado de trabalho e a geração de empregos"[28].

A publicação começa por uma breve análise do comportamento do mercado de trabalho brasileiro na década de 90, que atribui a crescente informalização, o desemprego e a perda de importância do emprego industrial no mercado de trabalho brasileiro a dois fatores. O primeiro, que o Governo considera essencial, é estrutural, relacionado à reestruturação tecnológica e à adoção de novas formas de organização do trabalho e de gerência no âmbito das empresas brasileiras, que acarreta ganhos de produtividade e redução da elasticidade emprego-produto. O segundo, de natureza conjuntural, foi o ajuste na economia implementado a partir do segundo trimestre de 1995, motivado "pela expansão do PIB incompatível com a estabilidade de preços e com o equilíbrio externo"[29].

Diante desse quadro, o objetivo declarado da ação governamental é "aumentar a eficiência e a eqüidade no mercado de trabalho"[30], mediante um conjunto de medidas de natureza macroeconômica e setorial, dentre as quais se destacam:

- a manutenção da estabilidade macroeconômica, como precondição para o crescimento econômico sustentado;
- a redução dos custos do trabalho;

[28] *Presidência da República [1996].*
[29] *Presidência da República [1996], p. 12.*
[30] *Idem, p. 18.*

- a indução de novos investimentos, em setores potencialmente geradores de empregos;
- programas de formação profissional; e
- o aperfeiçoamento do sistema público de emprego.

No tocante aos aspectos macroeconômicos, o documento destaca que a abertura comercial, a estabilidade de preços, o fim da indexação salarial e a introdução de um modelo de livre negociação permitiram abandonar um sistema que combinava "política salarial, oligopólio fechado e unicidade sindical, [que] estava na raiz da espiral preços-salários"[31] . De acordo com as expectativas de governo, o novo modelo que começa a ser implantado irá gerar dois impactos positivos sobre o mercado de trabalho. O primeiro é uma maior oferta de empregos, somente possível em um ambiente de estabilidade de preços, sem distorções de preços relativos e, portanto, que assegure menores riscos aos investimentos produtivos. O segundo impacto positivo é a ampliação do salário real, na medida em que a barganha salarial, sem a preocupação da corrida contra a inflação, poderá se concentrar na participação dos trabalhadores nos ganhos de produtividade da economia.

Essas conseqüências positivas para o mercado de trabalho podem não se concretizar, no entanto, se reformas estruturais não forem levadas a cabo. A primeira delas é o ajuste fiscal, essencial para retirar o peso do programa da estabilização das políticas monetária e cambial. Em segundo lugar, como forma de estimular a geração de empregos e reduzir a informalização no mercado de trabalho, o documento defende a redução dos custos não-salariais do trabalho e a introdução de novas formas de contratação.

Enquanto a redução dos encargos sociais ainda se encontra em processo de negociação com lideranças de trabalhadores e empregadores, até mesmo porque há uma grande controvérsia quanto à definição de custos não-salariais, o governo tomou uma iniciativa concreta de introdução de novas formas de contratação, por intermédio da Lei nº 9.601/98, que amplia a abrangência do contrato por prazo determinado, estendendo-o para todas as atividades da empresa[32].

De acordo com o governo, "tais contratos devem estimular

---

[31] *Ibid., p. 20.*

[32] *Para análises detalhadas do PL nº 1.724/96, que deu origem a essa lei, ver Furtado et allii [1996].*

[33] *Presidência da República [1996], p. 28.*

a geração de postos de trabalho para os grupos sociais mais vulneráveis, que apresentam maior dificuldade de obter emprego (jovens, mulheres, idosos que tentam recolocar-se no mercado). Pretende-se também flexibilizar a legislação trabalhista para atender ao que for livremente negociado entre as partes"[33]. Estranhamente, no entanto, a lei que regula o contrato por prazo determinado não faz qualquer tipo de direcionamento da contratação por prazo determinado para grupos específicos de trabalhadores. A única exigência que se faz às empresas é a de as contratações por prazo determinado gerarem novos empregos.

Além dessas medidas visando atuar sobre o funcionamento do mercado de trabalho, o governo ainda preconiza a utilização dos três tipos clássicos de políticas ativas: políticas de geração de emprego (que agem sobre a demanda), de formação profissional (que atuam do lado da oferta) e de recolocação de mão-de-obra (que diminui os custos de transação do mercado de trabalho).

As políticas de geração de empregos do Governo Federal resumem-se basicamente à alocação de recursos financeiros do FAT e do BNDES em dois programas:

- o Programa de Geração de Emprego e Renda (PROGER) utiliza cerca de R$ 1,4 bilhão de depósitos especiais remunerados do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT para, por meio de instituições financeiras oficiais, financiar micro e pequenos empreendimentos produtivos, urbanos e rurais;
- o Programa de Expansão do Emprego e Melhoria da Qualidade de Vida do Trabalhador (PROEMPREGO) prevê um fundo de R$ 6 bilhões, a ser gerido pelo BNDES, com recursos próprios e do FAT, para financiamento de investimentos em saneamento ambiental, infra-estrutura turística, transporte coletivo urbano e revitalização de subsetores industriais.

De acordo com as estimativas oficiais, o PROGER será capaz de gerar cerca de 149 mil empregos, enquanto o PROEMPREGO criaria nada menos do que 2,7 milhões de novas ocupações diretas e indiretas, quantidade suficiente para acabar com o atual estoque de indivíduos em regime de desemprego aberto nas regiões metropolitanas, e ainda reduzir uma parcela considerável do desemprego no restante do país.

Ambos os programas não especificam, porém, o horizonte de tempo para a criação desses novos postos de trabalho. Chama a atenção, também, um dado paradoxal: o custo médio de geração de empregos do PROGER, cerca de R$ 9,4 mil por ocupação criada, é praticamente o triplo do estimado para o PROEMPREGO, mesmo se considerando, no investimento total desse último programa, uma contrapartida anunciada em R$ 3 bilhões e o fato de que parte dessas ocupações será gerada indiretamente. Dadas as características de ambos os programas, era de se esperar exatamente o contrário, o que indica a necessidade de uma revisão e compatibilização das metodologias de estimativa de geração de empregos utilizados.

Um último ponto a ser notado em relação ao PROGER e ao PROEMPREGO é o de que eles não foram desenhados com a preocupação de conferir prioridade aos grupos mais vulneráveis ao desemprego - notadamente os jovens - e os que mais sofrem com o fenômeno - os desempregados de longa duração. Ambos os programas são voltados ao estímulo genérico de atividades produtivas ou ao investimento em infra-estrutura, esperando que, assim, a demanda por trabalho se eleve, em termos agregados.

Um segundo grupo de medidas preconizado pelo documento do governo é "um amplo programa de formação e educação profissional, com o objetivo de aumentar a qualificação da força de trabalho, de forma a melhor capacitá-la para os desafios que as mudanças tecnológicas, organizacionais e gerenciais estão impondo à economia brasileira"[34]. As metas do governo são ambiciosas: planeja atender, até 1998, com ações de qualificação ou requalificação, pelo menos 20% da força de trabalho do país, com especial ênfase para os desempregados jovens, microempresários, mulheres chefes de família e trabalhadores sob o risco de perder o emprego. Somente em 1996, a expectativa é a de atingir 1,5 milhão de trabalhadores. O documento, no entanto, não detalha as ações específicas do Plano Nacional de Educação Profissional.

Finalmente, a publicação expressa que é um dos objetivos do Governo Federal "dotar o País de um eficiente Sistema Público de Emprego, integrando as ações de qualificação profissional e de intermediação de mão-de-obra com o recebimento do benefício do seguro-desemprego"[35]. Não há menção, todavia, a qualquer

[34] *Idem, p. 23.*
[35] *Ibid., p. 25.*
[36] *Ver a respeito MTb/IPEA [1996/2], tabelas A.6.1 a A.6.3.*

iniciativa do governo em regulamentar a organização do sistema nacional de emprego, que é sua competência privativa, de acordo com o art. 22, inciso XVI, da Constituição. A intermediação de mão-de-obra continua sendo executada por meio dos convênios SINE, firmados entre a União e os governos estaduais, que apresentam, de modo geral, baixos níveis de eficiência[36].

d) Conclusões

Em síntese, as políticas preconizadas pelo governo para ampliar as oportunidades de geração de empregos e renda seguem duas vertentes. A primeira busca agir sobre as condições macroeconômicas e de regulação do mercado de trabalho, de forma a implementar reformas estruturais que permitam crescimento econômico sustentado, maior participação dos ocupados nos ganhos de produtividade da economia, ampliação da oferta de empregos e redução dos níveis de formalização. A segunda vertente é a de implementação de programas e medidas relacionadas a políticas ativas, nas áreas de geração de empregos, formação profissional e intermediação de mão-de-obra.

É certamente consenso que a estabilidade de preços é precondição para que o País volte a crescer de forma sustentada. No entanto, o diagnóstico governamental parece exagerar a importância do desemprego estrutural no mercado de trabalho brasileiro[37], entendido como o produzido por um movimento de adaptação do setor empresarial à globalização econômica. Na realidade, 15% dos ocupados continuam ligados a atividades completamente à margem do mercado de trabalho, quer na pequena produção familiar voltada para o mercado, quer na agricultura de subsistência, enquanto outros 7% são trabalhadores domésticos. Além desses, uma grande parcela de trabalhadores por conta própria e assalariados informais continua estruturalmente ligada a atividades de baixa produtividade. Assim, a introdução de novas tecnologias e formas de organização da produção parece estar afetando uma parcela relativamente pequena do segmento formal, especialmente a indústria de transformação. Como os setores à margem do mercado de trabalho e o segmento informal apresentam menor sensibilidade do nível de ocupação a variações da atividade econômica, representam, ao mesmo tempo, um colchão amortecedor do desemprego e um desafio à modernização homogênea da economia brasileira.

[37] Como se viu na seção II, não há, ainda, comprovações empíricas de que o nível de emprego agregado esteja diminuindo em função dos efeitos da globalização.

Deste modo, nada garante que a retomada do crescimento, a taxas de 6% ao ano, seja suficiente para reduzir o desemprego, o subemprego e a informalização, uma vez que a maior parte desse crescimento estará concentrada nos setores dinâmicos, onde a elasticidade emprego-produto tem se reduzido. De qualquer forma, é também óbvio que as chances de incorporação dessa parcela da população economicamente ativa em atividades de maior produtividade aumentam, se o país crescer a taxas altas por longos períodos. No entanto, essa é uma condição necessária, mas não suficiente. Outros requisitos envolvem um conjunto de políticas que visem igualar as oportunidades de acesso à terra, ao crédito e aos investimentos em capital humano, como educação básica e saúde, para que as gerações futuras da sociedade brasileira tenham maiores probabilidades de usufruírem os bônus da globalização econômica.

Essas são, no entanto, políticas de longo prazo. Dada a atual conjuntura do mercado de trabalho brasileiro e a possibilidade, sempre presente, de desaquecimento da atividade econômica no curto prazo, em função das restrições impostas ao Plano Real pela dupla âncora monetária e cambial, a questão mais relevante é se as políticas ativas preconizadas pelo Governo serão capazes de reduzir os custos sociais do ajuste.

Do ponto de vista das políticas de emprego, já se apontou anteriormente que não houve preocupação de concebê-las levando em consideração a composição do desemprego. Elas se resumem a programas de financiamento de atividades produtivas e infra-estrutura econômica e social, que são importantes, sem dúvida, mas cuja concepção e execução precisam ser avaliadas. A indisponibilidade de informações não permite ainda verificar, por exemplo, se esses programas estão sofrendo as conseqüências do empoçamento de crédito que hoje se verifica na economia[38]. Não existem, ademais, informações detalhadas sobre sua clientela, de modo que não é possível saber se tais programas estão atingindo diretamente os grupos de trabalhadores mais necessitados.

---

[38] Um exemplo típico dessa situação é o FGTS que, apesar de ter tido cerca de R$ 4 bilhões autorizados para contratação, em 1995, apresentou um baixo índice de contratações e praticamente nenhum desembolso. As regras mais estritas de concessão de crédito e a inadimplência, quer no setor público, quer no setor privado, são duas das variáveis mais importantes para explicar o baixo grau de execução dos programas de habitação popular e saneamento. No caso do PROGER, informações disponíveis indicam baixos níveis de inadimplência por parte dos tomadores de crédito, o que pode ser um indicador de que o Programa tem tido sucesso em criar oportunidades de geração de renda.

A intenção de vincular as ações de formação profissional e recolocação de mão-de-obra ao pagamento do seguro-desemprego é absolutamente correta, mas, até o momento, nenhuma atitude foi tomada no sentido de modificar a legislação do seguro-desemprego, para vincular o pagamento do benefício à realização de cursos de reciclagem e treinamento, à eventual prestação de serviços comunitários e à obrigatoriedade de inscrição do segurado e acompanhamento mensal pelo Sistema Público de Emprego, apesar de existirem muitos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, que tratam precisamente desses temas.

Em suma, o principal problema das políticas concebidas no documento "O mercado de trabalho e a geração de empregos" é o seu caráter excessivamente genérico. A análise da experiência internacional, feita na seção anterior, demonstrou que os efeitos de políticas ativas sobre a geração de empregos são ambíguos. A explicação para algumas experiências gerarem resultados positivos sobre o emprego, enquanto outras não o fazem, pode estar em três fatores. O primeiro deles é a definição precisa da clientela, ou seja, o sucesso dos programas depende de sua **capacidade de focalização**. O segundo fator é a **qualidade do programa**, especialmente nos casos em que os recipientes do seguro-desemprego passam por ações de reciclagem profissional e de recolocação no mercado de trabalho. Finalmente, as medidas visando a geração de oportunidades de emprego para grupos mais vulneráveis de trabalhadores (a exemplo da extensão dos contratos

por prazo determinado a todas as atividades da empresa) devem procurar **evitar, a todo custo, o chamado efeito-substituição**, ou seja, a simples troca de um *insider* por um *outsider*. Tudo leva a crer que estes elementos não parecem estar sendo levados em consideração na política governamental para o mercado de trabalho brasileiro.

BIBLIOGRAFIA

AMADEO & ESTÊVÃO, *A Teoria Econômica do Desemprego*, HUCITEC, São Paulo, 1994.

AMADEO, E.J., *Negociação Salarial, Consolidação da Estabilização e Empregos Industriais,* Mtb, Brasília, 1996 (mimeo).

BARROS et allii, *A Estrutura do Desemprego no Brasil,* IPEA, Rio de Janeiro, 1996 (mimeo).

BARROS et allii, *O Impacto da Abertura Comercial sobre o Mercado de Trabalho Brasileiro,* IPEA, Rio de Janeiro, 1996 (mimeo).

BOSCH, DAWKINS & MICHON (ed.), *Times Are Changing - Working Time in 14 Industrialized Countries,* IILS, Geneva, 1993, pp. 1-46.

BUCKBERG & THOMAS, *Dispersão de Salários e Crescimento do Emprego nos EUA, in* Finanças e Desenvolvimento, FMI/BIRD, junho 1995, pp.16-19.

BURKI, S.J. & PERRY, G., *The Long March - A Reform Agenda for Latin America and the Caribbean in the Next Decade,* World Bank, 1997.

CAMPBELL, D., *The Globalizing Firm and Labour Institutions, in* Multinationals and Employment, ILO, Geneva, 1993, pp. 267-292.

CNI, *Informe Conjuntural,* Rio de Janeiro, diversos números.

FERGUSON & GOULD, *Microeconomic Theory*, Richard D. Irwin, Inc., Illinois, 1975.

FURTADO, A., *Emprego e Desemprego no Brasil - Conceituação, Formas de Mensuração e Evolução Recente,* Câmara dos Deputados, Assessoria Legislativa, Brasília, 1993 (mimeo).

FURTADO, A., *Sistemas de Seguro-Desemprego: Uma Análise das Experiências Brasileira e Internacional,* Câmara dos Deputados, Assessoria Legislativa, Brasília, 1994 (mimeo).

FURTADO, A., *Globalização Econômica, Desemprego e o Mercado de Trabalho Brasileiro na Década de Noventa,* Câmara dos Deputados, Assessoria Legislativa, Brasília, 1997 (mimeo).

FURTADO et allii, *Avaliação Econômica do PL nº 1.724/96 e do*

Substitutivo do Relator Mendonça Filho, Câmara dos Deputados, Assessoria Legislativa, Brasília, 1996 (mimeo).

FURTADO, A., *Desoneração da Folha Salarial, Redução da Jornada de Trabalho e Geração de Empregos - Uma Avaliação da Proposta da CNTC,* Câmara dos Deputados, Assessoria Legislativa, Brasília, nov/97 (mimeo).

HAMILL, J., *Cross-borders Mergers, Acquisitions and Strategic Alliances*, *in* Multinationals and Employment, ILO, Geneva, 1993, pp. 95-124.

HAMILL, J., *Employment Effects of the Changing Effects of the Changing Strategies of Multinational Enterprises, in* Multinationals and Employment, ILO, Geneva, 1993, pp. 69-94

IBGE, *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e Pesquisa Mensal de Emprego,* tabelas extraídas da *home page* do IBGE na Internet (http://www.ibge.gov), vários anos.

ILO, *Conditions of Work Digest - Working Time Around the World,* v. 14, ILO, Geneva, 1995, pp. 5-26.

ILO, *World Employment 1996/97 - National Policies in a Global Context,* ILO, Geneva, 1996.

ING BARINGS, *Rolling Stones Gather no Moss,* 1996.

IPEA, *Carta de Conjuntura IPEA,* Rio de Janeiro, diversos números.

JUNGNICKEL, R., *Recent Trends in Foreign Direct Investment, in* Multinationals and Employment, ILO, Geneva, 1993, pp. 5-32.

KATZ, L., *Active Labor Market Policies to Expand Employment and Opportunity, in* "Reducing Unemployment - Current Issues and Policy Options, Federal Reserve Bank of Kansas City, 1994, pp.239-290

KRUGMAN, P., *Past and Prospective Causes of High Unemployment*, *in* "Reducing Unemployment - Current Issues and Policy Options, Federal Reserve Bank of Kansas City, 1994, pp. 49-80.

KRUGMAN, P., *Vendendo Prosperidade: Sensatez e Insensatez Econômica na Era do Conformismo,* Rio de Janeiro, Campus, 1997, cap. 5.

LANNES JR., O.P., *A Globalização Financeira e seus Impactos sobre os Países em Desenvolvimento,* Cadernos ASLEGIS nº 3, Brasília, set/dez. 1997, pp. 10-20.

MARTIN, J.P., *The Extent of High Unemployment in OECD Countries*, *in* "Reducing Unemployment - Current Issues and Policy Options, Federal Reserve Bank of Kansas City, 1994, pp. 5 - 40.

MATTOS, C., *Grau de Organização da Economia e Desempenho*

Macroeconômico, Revista de Economia Política, São Paulo, v.14, jul/set 1994.

MATTOS, C., *Sindicatos e Macroeconomia,* Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, out/dez 1993.

MIN. DO TRABALHO, *Indicadores Sócio-econômicos,* Brasília, diversos números (mimeo).

MIN. DO TRABALHO, *Informativo para a Imprensa,* Brasília, diversos números (mimeo).

MIN. DO TRABALHO/IPEA, *Mercado de Trabalho: Conjuntura e Análise,* v. 1 e 2, Rio de Janeiro, 1996.

MORTENSEN, D., *Reducing Supply-side Disincentives to Job Creation*, *in* "Reducing Unemployment - Current Issues and Policy Options, Federal Reserve Bank of Kansas City, 1994, pp. 189-220.

OIT, *El Empleo en el Mundo 1995,* Ginebra, 1995.

PARISOTTO, A., *Direct Employment in Multinational Enterprises in Industrialized and Developing Countries in the 1980s: Main Characteristics and Recent Trends, in* Multinationals and Employment, ILO, Geneva, 1993, pp. 33-68.

PLANT, R., *Indústrias en Dificultades,* OIT, Genebra, 1981.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, *O Mercado de Trabalho e a Geração de Empregos,* Brasília, 1996.

RIFKIN, J., *O Fim dos Empregos*, Makron Books, São Paulo, 1995.

SEADE/DIEESE, *Elementos para Compreender a Controvérsia sobre as Taxas de Desemprego no Brasil,* (mimeo), maio 1996.

SOUZA, F. E. P., *O Investimento antes e depois do Plano Real: a Macroeconomia e seus Números,* UFRJ, 1996 (mimeo).

THE ECONOMIST, *Training and Jobs: Learning to Cope,* The Economist, april 6th 1996, pp. 19-21.

THE WORLD BANK, *Workers in an Integrating World - World Development Report 1995,* Oxford University Press, 1995.

THE WORLD BANK, *Brazil: the Custo Brazil since 1990-92, Report no. 15663-BR,* World Bank, Washington, DC, jun/96.

THE WORLD BANK, *Global Economic Prospects and the Developing Countries,* World Bank, 1997.

WALWEI, U., *Flexibilización y Regulación del Mercado de Trabajo: Experiencias Internacionales y Opciones,* Fundacion Friedrich Ebert, 1996.

Tabela 1

Ocupados(*) na semana de referência, por posição na ocupação no trabalho principal

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

Posição na ocupação		Empregados	Trabalhadores domésticos	Conta-própria	Empregadores	Não Remunerados	Produção para próprio consumo	Construção para próprio uso	Sem declaração	*Total*
1992	Total	34.221.206	4.356.000	14.195.583	2.406.741	6.848.893	3.211.416	155.218	434	***65.395.491***
	Homens	23.377.578	256.074	10.140.404	2.014.083	3.411.233	701.621	127.206	217	***40.028.416***
	Mulheres	10.843.628	4.099.926	4.055.179	392.658	3.437.660	2.509.795	28.012	217	***25.367.075***
1993	Total	34.860.135	4.608.996	14.428.099	2.368.486	6.971.532	3.198.486	133.661	362	***66.569.757***
	Homens	23.769.592	293.092	10.316.131	1.980.896	3.473.399	637.886	113.801	362	***40.585.159***
	Mulheres	11.090.543	4.315.904	4.111.968	387.590	3.498.133	2.560.600	19.860	0	***25.984.598***
1995	Total	35.665.946	5.132.901	15.719.098	2.733.501	6.981.096	3.223.718	164.228	8.120	***69.628.608***
	Homens	24.044.638	350.885	11.101.742	2.199.064	3.353.488	668.828	140.338	4.326	***41.863.309***
	Mulheres	11.621.308	4.782.016	4.617.356	534.437	3.627.608	2.554.890	23.890	3.794	***27.765.299***
1996	Total	36.076.039	5.001.263	15.172.913	2.484.667	6.197.765	2.893.060	186.968	27.531	***68.040.206***
	Homens	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	***41.324.833***
	Mulheres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	***26.715.373***

Fonte: IBGE

Nota: Até o momento de fechamento deste estudo, só a síntese de tabelas e gráficos da PNAD-96 estava disponível na Internet.

Tabela 2

Ocupados(*) na semana de referência, por posição na ocupação no trabalho principal

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

Posição na ocupação		Empregados	Trabalhadores domésticos	Conta-própria	Empregadores	Não Remunerados	Produção para próprio consumo	Construção para próprio uso	Sem declaração	***Total***
1992	Total	52,33%	6,66%	21,71%	3,68%	10,47%	4,91%	0,24%	0,00%	***100,00%***
	Homens	58,40%	0,64%	25,33%	5,03%	8,52%	1,75%	0,32%	0,00%	***100,00%***
	Mulheres	42,75%	16,16%	15,99%	1,55%	13,55%	9,89%	0,11%	0,00%	***100,00%***
1993	Total	52,37%	6,92%	21,67%	3,56%	10,47%	4,80%	0,20%	0,00%	***100,00%***
	Homens	58,57%	0,72%	25,42%	4,88%	8,56%	1,57%	0,28%	0,00%	***100,00%***
	Mulheres	42,68%	16,61%	15,82%	1,49%	13,46%	9,85%	0,08%	0,00%	***100,00%***
1995	Total	51,22%	7,37%	22,58%	3,93%	10,03%	4,63%	0,24%	0,01%	***100,00%***
	Homens	57,44%	0,84%	26,52%	5,25%	8,01%	1,60%	0,34%	0,01%	***100,00%***
	Mulheres	41,86%	17,22%	16,63%	1,92%	13,07%	9,20%	0,09%	0,01%	***100,00%***
1996	Total	53,02%	7,35%	22,30%	3,65%	9,11%	4,25%	0,27%	0,04%	***100,00%***

Fonte: IBGE

Tabela 3

Empregados de 10 anos ou mais de idade, no trabalho principal da semana de referência, por categoria de emprego, segundo ramos de atividade *(Exclusive militares e funcionários públicos estatutários)*

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

Ramos de atividade	1992				1993				1995			
	Total	Com carteira	Outros	S/ decl.	*Total*	Com carteira	Outros	S/ decl.	*Total*	Com carteira	Outros	S/ decl.
Agrícola	5.064.941	1.247.806	3.817.135	0	4.935.051	1.276.920	3.657.623	508	4.784.783	1.307.680	3.475.967	1.136
Ind. de transformação	7.031.006	5.656.579	1.372.610	1.817	7.213.137	5.688.981	1.523.002	1.154	7.091.194	5.639.029	1.452.165	0
Ind. da construção	2.221.349	1.203.536	1.015.213	2.600	2.438.036	1.177.158	1.257.098	3.780	2.168.187	1.066.521	1.101.098	568
Outras ativ. industriais	705.845	555.054	149.045	1.746	744.346	569.673	173.979	694	646.668	518.553	127.626	489
Comércio	3.951.052	2.699.165	1.250.486	1.401	4.198.115	2.802.225	1.394.953	937	4.434.221	2.976.357	1.456.729	1.135
Prestação de serviços	3.096.898	1.809.717	1.286.537	644	3.093.510	1.777.308	1.313.989	2.213	3.564.529	2.100.124	1.463.231	1.174
Serviços auxiliares da ativ. econômica	1.176.336	880.864	295.472	0	1.124.333	817.751	305.580	1.002	1.281.104	907.356	372.922	826
Transporte e comunicação	1.579.660	1.279.367	298.075	2.218	1.570.868	1.287.210	281.963	1.695	1.712.408	1.373.474	338.934	0
Social	3.086.110	2.224.354	857.536	4.220	3.132.103	2.198.965	928.566	4.572	3.284.036	2.284.556	999.277	203
Administração pública	1.244.490	872.539	367.061	4.890	1.262.631	821.654	435.269	5.708	1.115.722	688.001	427.721	0
Outras	1.091.447	931.022	159.372	1.053	1.039.224	877.318	160.689	1.217	955.712	803.193	152.519	0
Total	*30.249.134*	*19.360.003*	*10.868.542*	*20.589*	*30.751.354*	*19.295.163*	*11.432.711*	*23.480*	*31.038.564*	*19.664.844*	*11.368.189*	*5.531*

Fonte: IBGE

Nota: Até o momento de fechamento deste estudo, só a síntese de tabelas e gráficos da PNAD-96 estava disponível na Internet.

Tabela 4

Empregados de 10 anos ou mais de idade, no trabalho principal da semana de referência, *por categoria de emprego, segundo ramos de atividade (Exclusive militares e funcionários públicos estatutários)*

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)

Ramos de atividade		Agrícola	Ind. Transf.	Ind. Const.	Outras ativ. industriais	Comércio	Prest. Serviços	Serv. Aux. ativ. Econ.	Transp. e Comun.	Social	Adm.Púb.	Outras	*Total*
1992	*Total*	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	*100,00%*
	c/ carteira	24,64%	80,45%	54,18%	78,64%	68,32%	58,44%	74,88%	80,99%	72,08%	70,11%	85,30%	*64,00%*
	Outros	75,36%	19,52%	45,70%	21,12%	31,65%	41,54%	25,12%	18,87%	27,79%	29,49%	14,60%	*35,93%*
	S/ decl.	0,00%	0,03%	0,12%	0,25%	0,04%	0,02%	0,00%	0,14%	0,14%	0,39%	0,10%	*0,07%*
1993	*Total*	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	*100,00%*
	c/ carteira	25,87%	78,87%	48,28%	76,53%	66,75%	57,45%	72,73%	81,94%	70,21%	65,07%	84,42%	*62,75%*
	Outros	74,12%	21,11%	51,56%	23,37%	33,23%	42,48%	27,18%	17,95%	29,65%	34,47%	15,46%	*37,18%*
	S/ decl.	0,01%	0,02%	0,16%	0,09%	0,02%	0,07%	0,09%	0,11%	0,15%	0,45%	0,12%	*0,08%*
1995	*Total*	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	*100,00%*
	c/ carteira	27,33%	79,52%	49,19%	80,19%	67,12%	58,92%	70,83%	80,21%	69,57%	61,66%	84,04%	*63,36%*
	Outros	72,65%	20,48%	50,78%	19,74%	32,85%	41,05%	29,11%	19,79%	30,43%	38,34%	15,96%	*36,63%*
	S/ decl.	0,02%	0,00%	0,03%	0,08%	0,03%	0,03%	0,06%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	*0,02%*

Fonte: IBGE

Nota: Até o momento de fechamento deste estudo, só a síntese de tabelas e gráficos da PNAD-96 estava disponível na Internet.

Tabela 5

Índice Mensal de Emprego

Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Lei nº 4.923/65

Brasil - Média de 1985 = 100,00

Ano		1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total das Atividades		100	105,47	108,14	110,57	113,20	112,86	108,80	105,83	105,43	106,15	106,31	104,35
Extrativa Mineral		100	100,90	101,78	103,83	105,07	100,81	92,96	89,27	85,85	84,53	81,50	78,23
Indústria de Transformação		100	109,22	112,57	111,64	114,61	112,05	104,64	99,08	98,30	98,39	98,28	93,61
Serv. Ind. de Util. Pública		100	102,38	102,45	104,93	107,58	108,22	106,51	105,10	104,84	104,34	101,60	97,14
Construção Civil		100	107,95	108,49	116,51	113,34	109,95	103,15	102,39	97,84	96,63	93,70	92,40
Comércio	Total	100	107,35	110,81	113,74	118,84	121,02	116,00	110,59	111,60	113,48	115,01	113,79
	Varejista	100	107,52	110,96	113,91	119,05	121,19	116,03	110,28	111,25	113,31	114,94	113,78
	Atacadista	100	106,05	109,25	112,99	117,95	120,28	115,81	111,80	112,94	114,12	115,32	114,09
Serviços		100	103,96	107,44	111,56	114,86	115,56	113,44	111,89	111,89	113,10	113,66	112,90
Administração Pública		100	101,57	102,24	104,97	104,89	105,07	105,28	106,00	105,52	105,39	105,31	105,57
Agropecuária		100	99,02	100,52	102,55	103,25	103,03	98,22	96,22	95,66	97,15	96,19	93,09
Outros		100	103,92	105,29	106,50	106,26	105,22	104,40	102,88	102,31	104,36	105,92	105,94

Fonte: Ministério do Trabalho



Gestão da Saúde no Contexto da Reforma do Estado

*Célia Almeida**

A questão das reformas setoriais integra as agendas políticas de diversos países há quase duas décadas e pode-se dizer que vivemos hoje a terceira grande onda de reformas sanitárias estruturais desde o final do século passado.

Se na primeira onda, o modelo alemão foi difundido e copiado por vários países; na segunda, o modelo britânico foi absolutamente inovador, com a criação (inédita no mundo ocidental) do Sistema Nacional de Saúde (*NHS*) e, principalmente, com a difusão dos princípios de planejamento sanitário nacional para atender às necessidades de saúde da população (ou a concepção do acesso aos serviços como direito de cidadania); e, na terceira, a hegemonia norte-americana foi crucial e se compõe de dois momentos distintos, mas que são face de uma mesma moeda.

O primeiro ocorreu nos anos 60-70, e se configurou como uma específica expansão dos serviços de assistência médica; e o segundo momento é de crise desse modelo e resultou na formulação, nos anos 80, de uma *nova agenda pós-welfare* também para a área sanitária, cuja essência estava no questionamento dos fundamentos básicos que haviam estruturado os sistemas de saúde até então.

Pelo menos três dimensões influem neste último movimento:

1. reflexo da crise econômica nas finanças públicas que resultou na crise fiscal do Estado, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 70;
2. profundo criticismo de que foi alvo a assistência médica, e o profissional médico, tanto pela esquerda quanto pela direita, que se imbrica com o ataque ao *welfare state*; e
3. a hegemonia neoliberal da década.

* *Médica, Mestre em Medicina Social, Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora e Docente do Depto. de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.*

Essa nova agenda pós-*welfare* para a saúde tem como pontos fundamentais:

- aumentar a eficiência, entendida sempre como manutenção dos limites de caixa definidos pelas variáveis macroeconômicas, através de mudanças gerenciais;
- assegurar a contenção de custos dos serviços de assistência médica prestados à população, através de restrição da oferta e controle da demanda;
- reforçar a regulação, isto é, manter sob estrito controle os orçamentos setoriais e a força de trabalho, com deslocamento e enfraquecimento das organizações associativas e sindicais;
- desenvolver a consciência de custos dos serviços de saúde, tanto nos profissionais quanto nos usuários, através de mecanismos de responsabilização com os gastos dos serviços;
- responder às "preferências do consumidor" (isto é, livre-escolha dos serviços e profissionais);
- (re)equilibrar a alocação de recursos entre o governo (nos seus diversos níveis) e o mercado (isto é, descentralização para níveis sub-nacionais e para o setor privado); e
- reinterpretar as representações políticas (isto é, a função dos conselhos e dos mecanismos de participação social).

Em síntese, pode-se dizer que houve uma mudança significativa na arena política setorial, que pode ser analisada como sendo a passagem do *consenso* ao *conflito* ou à *incerteza* (Walt,1996).

Isto significou mudança da ênfase na produção direta de serviços pelo Estado para *provisão em um ambiente regulatório apropriado* (Poullier,1990:21), com introdução de *mecanismos competitivos* que, teoricamente, estimulariam a ação individual, proporcionariam melhor resposta do mercado e das organizações não-lucrativas, e desencadeariam o estreitamento das relações entre os consumidores, os prestadores de serviços e os níveis governamentais, tornando possível a diminuição da necessidade de coordenação e planejamento, com maior ênfase, por exemplo, em unidades governamentais menores.

A principal questão colocada por essa agenda foi, portanto, a afirmação da *inerente ineficiência do Estado* (ou dos serviços estatais) e, como a crise impunha a necessidade inexorável de corte de custos

e controle de gastos, o resultado "natural", argumentava-se, seria o corte daquelas áreas consideradas não apenas como as menos eficientes mas também como frustradoras dos objetivos de atingir uma relação apropriada entre oferta e demanda, ou entre impostos e benefícios, ou ainda entre consumidor e serviços.

Essa agenda setorial está bastante sintonizada com o amplo movimento mundial de reforma do Estado, justificado, em nível do discurso político, pela necessidade de melhorar o desempenho estatal através do seu enxugamento e implementação de mecanismos que garantam maior eficiência. Ainda que o empenho para "fazer com que o Estado funcione melhor" não seja novo na história moderna, nunca antes um movimento de reforma teve uma agenda tão homogênea, foi tão amplo e difundido tão rapidamente. Numa visão otimista, esse processo busca novas formas de assegurar a *res pública*, isto é, o uso do Estado para promover o interesse público (Kettl,1996).

Nessa perspectiva, essa onda generalizada de reformas contemporâneas tem como novidade não apenas a generalização mundial de uma mesma agenda, mas também o foco central no "gerencialismo", advogando que as estruturas burocráticas hierárquicas tradicionais, com seus procedimentos normativos e rigidez inerentes, são danosas aos interesses públicos, ineficientes e inefetivas. Os reformistas partem do pressuposto que, como qualquer monopólio, as agências estatais são inerentemente ineficientes, tendem a crescer indefinidamente e o resultado é sempre um mau desempenho.

A despeito desse apelo e dinâmica universais, dois dilemas permanecem no centro do debate: o primeiro se refere à construção de administrações governamentais que funcionem melhor e com menos recursos (isto é, mais baratas); o segundo diz respeito a quais seriam as funções precípuas do Estado, ou seja, refere-se a uma necessária "refundação" das responsabilidades estatais com a respectiva reestruturação organizacional.

É preciso separar, entretanto, a época neoliberal dos anos 80, onde predominaram as políticas centradas sobretudo na contenção de custos e controle de gastos, que tentaram desconsiderar a questão social através do *stress* fiscal e do subfinanciamento, do período atual, em que se formulam propostas de reforma, analítica e tecnicamente fundamentadas, com o intuito de retirar da responsabilidade única do Estado algumas das atividades que até então compuseram a rede de segurança social construída sob a perspectiva keynesiana.

Os modelos reformadores que emergem nos anos 90 suavizam o discurso ideológico exacerbado nos 80, partindo mesmo da crítica das propostas neoliberais, sem entretanto significar um "retorno"

às premissas do Estado Providência anterior. Na realidade, as reformas em curso tentam lidar com os "novos" problemas que aquelas políticas maximizaram, jogando-os no centro das diferentes arenas setoriais, recuperando, sob novas bases, a perspectiva do Estado minimalista. As principais características dessa agenda atual são a difusão das mesmas premissas para todos os setores, a centralidade da perspectiva econômica e o deslocamento do foco para a operacionalização das políticas, retirando-o dos princípios que embasam a sua formulação.

Alguns consensos foram construídos nesse percurso e são evidentes também determinadas práticas que vêm sendo difundidas como estratégias de mudança, entre as quais destacamos:

1. Necessidade de maior flexibilidade gerencial.
2. Remoção das "barreiras" inerentes ao controle burocrático hierarquizado (normas, procedimentos e estruturas estatais) que impedem o gerenciamento "da qualidade total", numa perspectiva pragmática de retorno ao "senso comum".
3. Prioridade ao atendimento da demanda do "consumidor".
4. Introdução de mecanismos de competição na perspectiva de mudar incentivos sujeitando os gerentes às "forças de mercado".
5. Transformação das organizações tornando-as "mais leves" (terceirização e investimento em informação)
6. Focalização na mudança de procedimentos e nos processos e não na estrutura organizacional.

Grande parte do direcionamento na reorganização dos serviços de saúde tem sido centrado na busca de incentivos empresariais como fator comum das diversas iniciativas de reforma, passando da fase de racionalização fiscal para as tentativas, em nível retórico, de desenvolver nos sistemas sanitários, a *capacidade de adaptar-se a um entorno mais competitivo e dinâmico* (Poullier,1990:21).

Evidentemente, aumentar a responsabilidade com o consumidor, melhorar a organização da distribuição de serviços, inovar no financiamento e na recuperação dos custos, implementar reformas gerenciais e reinterpretar as representações podem ser metas de qualquer governo, independente da estrutura ideológica. E essa agenda aponta para problemas de fato presentes no campo da saúde e que devem ser enfrentados. Entretanto, o objetivo maior por detrás dessas reformas nos anos 80 foi uma ampla agenda política para mudar as fronteiras do Estado, pois - justificava-se - havia necessidade de "mais mercado".

As conseqüências dessa estratégia homogeneizante de re-privatização têm sido inúmeras e talvez inadvertidas por seus mentores. No que toca à assistência médica e aos sistemas sanitários, o movimento de reformas, que a partir de então se generalizou pelo mundo, produziu alguns modelos que passaram a ser difundidos como novos paradigmas para a reestruturação dos sistemas de serviços de saúde, preconizando a:

1. introdução de várias medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar e redirecionar para as práticas extra-hospitalares (atenção ambulatorial, atendimento domiciliar e/ou atenção primária) e de saúde pública (prevenção);
2. separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com redefinição do papel do Estado;
3. introdução de mecanismos de competição nos sistemas de serviços de saúde (tanto entre compradores quanto entre prestadores), construindo-se mercados regulados ou gerenciados (assistência gerenciada - *managed care* -, competição administrada - *managed competition*, mercado interno, competição pública); e
4. utilização de subsídios e incentivos os mais diversos (tanto pelo lado da oferta quanto da demanda) visando a reestruturação do *mix* público e privado.

Essas idéias foram reinterpretadas nas propostas européias, que adotaram como paradigma a competição administrada (*managed competition*) concebida nos EUA (Enthoven,1978a e b,1985,1988; Enthoven & Kronick,1989). O *Mercado Interno* inglês, proposto pelo *Working for Patients* em 1989, é a versão mais acabada dessa difusão, que inspirou várias outras reformas, entre as quais se destacam a *Competição Pública* (*public competition*), na Suécia (desde o final dos anos 80); o Relatório Dekker, na Holanda (1987); as medidas concertadas de contenção de custos na Alemanha (desde os meados dos anos 80); e a reforma do sistema sanitário na Nova Zelândia (1993). Esse mesmo referencial tem influenciado também as propostas de *reformas da reforma* na Itália (1992) e na Espanha (1991) (Almeida,1995).

Nos sistemas sanitários europeus, majoritariamente públicos, identificam-se pelo menos três padrões de transformação estrutural das instituições (bem sintetizados por Saltman,1994:20-2):

1. A primeira é a reconfiguração das instituições públicas, previamente financiadas por orçamentos globais, para atuarem como empresas públicas autônomas; ou seja, embora permaneçam de propriedade pública, e mantenham a forma de contabilidade correspondente para seu desempenho, devem atrair mais pacientes (através de contratos negociados e/ou da livre-escolha do paciente) para financiar seus gastos. Obviamente os hospitais autônomos ingleses (*self-governing trusts hospitals*) são diferentes das empresas públicas suecas (*public firms*), sobretudo pelo nível de descentralização efetiva do sistema sueco, mas o padrão presente nos dois modelos de reforma é a manutenção da propriedade pública com gerenciamento empresarial e pagamentos vinculados à produção.
2. A segunda se refere aos pagamentos dos prestadores de serviços, cuja tendência aponta não mais para o assalariamento pelo Estado (ou pagamento por capitação, que é praticamente a mesma coisa), principalmente no que concerne à atenção ambulatorial ou à atenção primária, mas sim para pagamentos através de mecanismos que tentam interrelacionar reembolso e *performance* através de contratos.
3. E a terceira diz respeito aos mecanismos que transferem para o controle dos prestadores de atenção primária grande parte dos recursos destinados aos hospitais, seja através dos médicos gerais (*GPs fund-holding* do modelo da reforma inglesa), seja através dos órgãos governamentais, como nos condados suecos. Tenta-se dessa forma interrelacionar, supostamente, uma série de objetivos: reduzir as referências desnecessárias, encorajar maior qualidade e menores custos, melhorar a continuidade do atendimento e - na medida que os pacientes podem escolher seus "agentes" ou seu médico geral para a entrada no sistema - dotar os usuários de alguma interferência no processo de decisão sobre seu atendimento.

Este processo tem resultado em profundas revisões nos fundamentos básicos que estruturam os sistemas de serviços de saúde; no aumento ou fortalecimento da intervenção reguladora do Estado; e em pesados controles para a contenção de custos.

E, nos EUA, onde o sistema é majoritariamente privado, tem significado também aumento da regulação pública e privada (através dos *DRGs*, assistência administrada ou *managed care*; competição administrada ou *managed competition*), com importante interferência na autonomia técnica profissional, sem, entretanto grande diminuição do gasto sanitário (que continua a subir continuamente, apesar do desaceleramento esse crescimento nos últimos anos, constituindo o país que ostenta o sistema mais caro do mundo e com menor cobertura em relação aos seus "pares" com igual nível de desenvolvimento).

Para a América Latina (e o Brasil) esse referencial internacional tem sido bastante importante, embora os processos de reforma setorial, na maioria dos casos, não tenham sido desencadeados por excesso de gasto, mas sim pela exacerbação das desigualdades, que se refere tanto à distribuição de renda quanto de serviços e benefícios, com marcada piora das condições de vida das grandes maiorias nacionais e da pauperização de extensas franjas da população. Esse aprofundamento de problemas foi induzido, isto é, se deu em função das políticas econômicas implementadas que excluíram as políticas sociais, exceto como parte da alocação dos gastos das políticas fiscais, diminuindo de forma importante o investimento público com conseqüente deterioro da infra-estrutura, dos serviços e da capacidade gerencial.

Assim, os mesmos modelos de reforma sanitária têm sido difundidos, principalmente no que diz respeito à retirada do compromisso do Estado com a prestação da assistência médica à população, através, principalmente, da reestruturação do *mix* público/privado, da focalização da ação pública nos pobres e mais necessitados (pacotes básicos, subsídios etc.) e difusão de novos modelos de estruturação dos serviços de assistência médica. Entre estes últimos, tem sido preconizado o chamado "pluralismo estruturado", ou a "versão tropical" da competição administrada norte-americana (Londoño,1995,1996; Londoño & Frenk,1995), que aliás já vem sendo implementada na reforma colombiana desde 1993.

SOB QUAIS CONDIÇÕES ESSAS REFORMAS PROVAVELMENTE PODEM SER IMPLEMENTADAS E QUAL A POSSIBILIDADE DE SE ALCANÇAR OS RESULTADOS ESPERADOS?

De uma maneira geral os diversos países têm implementado mudanças na forma de alocação de recursos na área dos serviços de assistência médica e flexibilizado a gestão através de contratos, separando as funções de financiamento e provisão de serviços (ou de "compradores" e "vendedores" de serviços). O núcleo da mudança é a perda do repasse automático do recurso orçamentário público e a sua vinculação à definição do pacote de serviços "necessários" a ser comprado e o cumprimento de indicadores de desempenho definidos em contratos. Como conseqüência, a sobrevivência da organização estaria subordinada à sua capacidade de atender à demanda do consumidor (nos casos inglês e sueco a autoridade estatal; no caso das *Health Maintenance Organizations-HMOs* norte-americanas os empregadores que compram planos de saúde para seus funcionários).

Tomando como exemplo a reforma inglesa, apesar do pouco tempo de implementação, podemos discutir alguns resultados que já são mencionados na literatura.

Como já analisamos com maiores detalhes em outros trabalhos (Almeida,1995,1996,1997a, b e c), a reforma inglesa do *Working for Patients* (1989) foi gestada na década de 80 e implementada a partir do início dos 90, sob o signo do "Thatcherismo", isto é, num ambiente político e ideológico que:

- exacerbava a premissa da generalizada ineficiência organizacional do setor público, devida fundamentalmente à dominância dos grupos corporativos na arena setorial;
- priorizava o setor privado como *locus* mais adequado para a execução de políticas;
- defendia a predominância dos princípios econômicos em detrimento da proteção social, e do mercado *versus* a hierarquia burocrática.

Inicialmente a reforma foi pensada para alterar os mecanismos de financiamento do sistema (propondo-se a mudança dos impostos gerais para o seguro social), pois, à época, o *NHS* estava pesadamente subfinanciado, com sérios problemas no atendimento da população, sob forte sensação de "crise" e inúmeros conflitos na arena setorial. Essa situação foi amplamente coberta pela mídia e acompanhada de intensa movimentação das associações profissionais.

O objetivo da reforma, portanto, não foi controlar gastos, pois historicamente o governo inglês sempre fez isso e, nos anos 80, os recursos para o *NHS* diminuíram de forma significativa.

A agenda mudou, entretanto, no decorrer do processo de formulação da reforma reiterando-se os princípios de integralidade, garantia de acesso, gratuidade e manutenção da base de financiamento, enfatizando-se a eficiência no uso dos recursos públicos, com uma clara linha de fortalecimento do comando gerencial, de implementação de mudanças nas formas de alocação de recursos (criação dos *Hospital trusts* e dos *Gps funding-holders*) e fortalecimento do poder regulatório do Estado. Na realidade, pretendia-se, com essas medidas, aumentar a eficiência no uso dos recursos e, alegava-se, assegurar a disponibilidade dos serviços para os pacientes.

A explicação para essa mudança reside tanto no valor político e cultural que o NHS materializa, quanto na constatação da importância da centralização financeira e alocativa para a manutenção da histórica contenção de custos do sistema. Por outro lado, também pesou de forma significativa o paradoxo que significou a implementação de mecanismos desreguladores que necessitavam maior regulação.

Algumas outras dimensões também não podem ser desprezadas. Embora a implementação da reforma do *NHS* tenha se dado de forma açodada, com a marca do estilo oportunista e pragmático da Primeira Ministra Thatcher (Hunter & Stanckford,1997), beneficiou-se da histórica centralização do sistema político e governamental, assim como de alguns desenvolvimentos que, durante toda a década de 80, funcionaram como "precursores" de uma mudança cultural importante no sóbrio *NHS*, tornando-o mais "empresarial": o crescimento do "gerencialismo", a política de terceirização (sobretudo dos serviços de hotelaria e suporte hospitalar), a introdução de esquemas de geração de renda adicional nos serviços (cobrança por estacionamento, por ex, ou mesmo de cobranças diretas dos pacientes, em casos específicos, ou ainda de taxas específicas de utilização). Esse direcionamento "empresarial" tornou-se sinônimo de probidade no uso dos recursos públicos.

Os ganhos financeiros dessas medidas foram mínimos, mesmo negligenciáveis frente aos "novos princípios" que introduziram: a responsabilidade central das autoridades públicas não era prover e gerenciar serviços de saúde mas garantir que estivessem disponíveis quando necessários, ao menor preço possível.

Todas essas mudanças, justificadas pelo governo como uma "modernização sem alteração de princípios", paulatinamente alteraram

o *ethos* e os valores do *NHS*, que vem sendo progressivamente redefinido e passando gradualmente de uma organização provedora, considerada "monolítica", para uma estrutura "asseguradora" que, segundo seus formuladores, garante acesso à assistência médica, sendo que quem presta o serviço é secundário. Entretanto, o setor privado continua sendo complementar, e o seguro privado voluntário, com maior concentração em Londres, e corresponde a 15% do gasto sanitário total, atuando fundamentalmente nos atendimentos eletivos (não urgentes) - cerca de 16% dos procedimentos cirúrgicos comuns (Ham,1996).

A questão central que emerge nas avaliações presentes na literatura se refere ao impacto que a separação entre financiamento e provisão tem exercido no poder dos diferentes atores no sistema. A reforma desencadeou diferentes mecanismos de alocação de recursos para os hospitais e para o atendimento básico, instituíram-se dois tipos de compradores (as *District Health Authorithies-DHAs* e os *General Practitioners*) e dois tipos de prestadores (*NHS trusts* - os hospitais transformados em "empresas" - e os próprios *Gps*, que passaram a gerenciar recursos financeiros para organizar a assistência aos clientes de suas respectivas listas). Além disso, existe uma distinção técnica crucial entre as duas formas de "compra" de serviços: no caso das *DHAs* está centrada nas necessidades da população e no caso dos *Gps*, nas do paciente.

Como os objetivos finais da reforma não eram claros, e não se detalhou a sua operacionalização antes da implementação, assumiu-se o processo da reforma em si como resultado, o que tem levado a um aumento dos recursos destinados à sua implementação e à uma série de correções de percurso.

O estabelecimento de "ciclos anuais de contratação" entre prestadores e compradores, significa que as *DHAs* gastam considerável tempo negociando e monitorando contratos, postergando as demais atividades previstas de levantamento das necessidades, definição de prioridades, tipos de atendimentos etc. Por outro lado, enquetes sobre esses "processos de compras" demonstraram que a mudança tem sido incremental, pois as *DHAs* relutam em desafiar os padrões estabelecidos e, de uma maneira geral, as decisões são fortemente influenciadas pela experiência histórica de cada serviço; e os gerentes têm recorrido a equipes multidisciplinares para desempenhar as suas novas tarefas, adquirido *expertise* e desenvolvido novos instrumentos no desempenho de seu papel. Os custos transacionais das negociações e elaboração dos contratos parecem ser altos, embora não haja

consenso na literatura sobre o assunto. O risco de fragmentação (do sistema e/ou das instituições) é grande, além de que não existe nenhuma garantia de que a soma de múltiplos contratos levará a um padrão de excelência e melhor qualidade que atenda às necessidades da população.

De uma maneira geral, o investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico aumentou consideravelmente (pelo menos dois novos centros de pesquisa foram criados - *UK Cochrane Centre at Oxford* e *NHS Centre for Reviews and Dissemination at York*), o que tem levado à adoção de políticas mais restritivas em outras áreas (redução do número de funcionários, controles rígidos de custos e gastos, contenção etc.). E, em 1994, foi lançada uma estratégia com dois componentes principais: privilegiamento da atenção primária (*primary-care-led NHS*) e implantação do programa de pesquisa e desenvolvimento do *NHS*, basicamente centrado na avaliação tecnológica e na promoção da "medicina baseada em evidências". O objetivo foi criar uma "cultura" onde os médicos dos *NHS trusts* passassem a decidir suas condutas segundo critérios de custo-efetividade comprovada; e proporcionar aos compradores a munição necessária para desafiar os prestadores a acatarem as metas de maior custo-benefício com os orçamentos disponíveis.

Na realidade o impacto desses mecanismos gerenciais na alocação de recursos parece ser limitado, mas os autores referem que é possível detectar uma mudança de comportamento dos diferentes "agentes" no sistema. Entretanto, os riscos que os mecanismos de competição trouxeram têm levado ao aumento das regras definidas centralizadamente.

As avaliações que vêm sendo realizadas modificaram substancialmente as aspirações dos arquitetos originais da reforma e, como tendência, pode-se afirmar que os "méritos" do mercado têm sido minimizados e tem sido dada prioridade ao desenvolvimento de mecanismos de cooperação entre os diferentes "compradores" (*DHAs* e *GPs*), o que pode ser considerado uma novidade, dada a histórica separação entre esses dois atores no *NHS*, visualizando-se a perspectiva de uma nova "acomodação consensual", tradição histórica que viabilizou e manteve o sucesso do *NHS* por décadas. Parodiando Tomasi di Lampedusa (*Il Gatopardo*) foi preciso "mudar para que tudo voltasse ao que era" (a histórica "acomodação consensual") ... só que sob novas bases e com aumento de custos!

ALGUMAS OBSERVAÇÕES PARA PENSAR A REFORMA DO ESTADO NO BRASIL

É evidente a sintonia da proposta de reforma do Estado brasileiro com a agenda que vem sendo implementada, debatida e difundida internacionalmente, inclusive a partir das mesmas premissas teóricas. Alguns pontos merecem ser destacados da proposta do MARE:

1. Preocupa-se em registrar e "incorporar" o aprendizado da década, isto é, a suavização ideológica do discurso neoliberal empedernido e a mudança no foco da reforma, ou seja, dos princípios fundadores dos sistemas para a gerência da alocação de recursos escassos, ainda que persistam os traços essenciais: redução do Estado, alteração do *mix* público/privado, descentralização, gerencialismo e atendimento da demanda do "consumidor".
2. Resgata os possíveis méritos da reforma administrativa preconizada pelo Decreto-Lei 200, 1967, analisando os deslizes que impediram sua potencialidade inovadora e levaram ao fracasso, atribuindo-os às práticas patrimonialistas e fisiológicas do governo militar, além de que assinala o retrocesso que se verificou com a Constituição de 1988 com a incorporação da administração indireta pela direta. Mas descarta qualquer recuperação daqueles princípios na atual conjuntura, ou seja, a revitalização do potencial de soluções efetivas e seguras daquela legislação, revigorando a flexibilização da gestão e funcionamento das autarquias e fundações públicas (como é de sua natureza jurídica).
3. Cria "inovações" (as Organizações Sociais-OS) que podem reforçar o *status quo* e colocar novos riscos, tanto pela falta de uma política de reforma setorial integrada e articulada quanto pela pouca elaboração dos instrumentos operacionais (contratos, monitoração, controles) e a não definição das sanções que o descumprimento

contratual pode acarretar (lembremo-nos das dívidas das mutualidades, institutos de aposentadoria etc que tiveram que ser assumidas pelo Estado). Da mesma forma, a "qualificação" das OS através de ato do Presidente pode abrir espaço para decisões clientelistas, patrimonialistas e fisiológicas, ou mesmo privatização sumária e não "publicização" como quer o Ministério da Reforma Administrativa.

Entretanto, as próprias falhas e negligências assinaladas, assim como o não consenso dos distintos poderes em relação a vários pontos da reforma, deixa um espaço político de negociação que deve ser preenchido pelos diversos atores.

OBSERVAÇÕES FINAIS

A discussão desta temática reveste-se de considerável complexidade, não apenas pelo potencial de geração de conflitos inerente às próprias propostas de mudança, mas também pela necessidade de preservarmos a capacidade de análise crítica que, a meu ver, é o que impulsiona as inovações criativas.

Sendo assim, um esforço que me parece fundamental cultivar na atual conjuntura é, por um lado, o de resistir à adesão pura e simples à homogeneidade das agendas de reforma que têm sido difundidas pelo mundo e, por outro, tentar resgatar das experiências em curso, não apenas no nosso próprio país mas também em nível internacional, o aprendizado relevante para pensar criticamente as propostas de mudança para superar nossas dificuldades.

Reformar o Estado não é simplesmente uma questão de vontade política para implementar as fórmulas institucionais "corretas". As experiências dos diversos países têm demonstrado que parece ser mais fácil alterar os objetivos das políticas do que mudar as práticas governamentais e as regras através das quais a política se desenvolve.

Na perspectiva de aumentar a credibilidade dos compromissos dos governos com as políticas macroeconômicas preconizadas pelos organismos internacionais, as lideranças nacionais têm recebido inúmeros incentivos para assumir as agendas que vêm sendo propostas e difundidas mundialmente. A lógica política da reforma do Estado muda, porém, quando sai do terreno do gerenciamento macroeconômico e entra no elenco mais amplo

de questões tais como regulação e bem-estar social. As reformas nestas áreas são menos "visíveis" para o setor financeiro internacional, implicam em maior coordenação intersetorial e cooperação entre os diferentes grupos da sociedade civil, e o ônus (e custos) ficam restritos às fronteiras nacionais, sobretudo na periferia. Além disso, a influência dos atores internacionais é muito mais limitada fora da arena macroeconômica e existe muito menos clareza sobre quais reformas devem ser privilegiadas. Na realidade, os embates internos, nas agências e organizações internacionais, em relação às propostas para a área social em geral, e em saúde em particular, não são poucos, assim como vultuosos investimentos têm sido feitos tanto na absorção de quadros especializados nessa área quanto no financiamento de pesquisas e estudos na busca de evidências empíricas que atestem os resultados alardeados pelo receituário difundido.

Sendo assim, pode-se afirmar que, na realidade, nenhum consenso foi ainda construído sobre como os específicos arranjos institucionais que vêm sendo propostos e implementados afetarão a transparência, a eficiência e a eqüidade que preconizam, especialmente no que concerne aos serviços saúde. As evidências empíricas são ainda pouco conclusivas e ambíguas para permitir qualquer afirmação mais definitiva.

Por fim, todo esse processo denuncia a extrema complexidade do momento de transição que vivemos, que imbrica questões estruturais, relacionadas aos fundamentos básicos dos sistemas de saúde, e questões de ordem gerencial, de racionalização e contenção. Evidencia também a necessidade de buscar formas novas e criativas para enfrentar essa realidade, pois os problemas que emergem da implementação dessas reformas são novos problemas que exigem novas soluções. Isto quer dizer que quem acredita que tudo pode ser como antes, e dirige suas energias para essa "restauração", não está entendendo muito o momento de mudanças que estamos vivendo.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C. (1995), *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição?*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

_____ (1996), "Novos Modelos de Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Experiências de Mudança". *In*: Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (org.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*, Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ (pp.69-98).

_____ (1997a), "Os Modelos de Reforma Sanitária dos Anos 80: Uma Análise Crítica". *Saúde e Sociedade*, V.4, N.2. São Paulo:Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP/Associação Paulista de Medicina (no prelo).POULLIER,J-P. (1990), "El Afan por la Eficiencia". *ICE-Informacion Comercial Española/Revista de Economia - Reformas Sanitarias Actuales*, N.681-682:7-26, Madrid: Mayo-junio.

_____ (1997b), "Crise Econômica, Crise do *welfare state* e Reforma Sanitária". *In*: Silvia Gerschman & Maria Lúcia Werneck (Eds.), *Democracia, Reforma do Estado e Globalização: Dilemas e Perspectivas*, Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ.

_____ (1997c), "Reforma do Estado e Reforma Sanitária no Brasil: Análise de Propostas e de Tendências Internacionais". Texto apresentado para discussão na Oficina de Trabalho "Reforma do Estado e Reforma Setorial: Novos Modelos de Gestão", promovida pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, realizada durante as atividades pré-Congresso da ABRASCO. Lindóia 25 e 26 Agosto/1997 (mimeo).

ENTHOVEN, A.. & KRONICK,R. (1989), *"A consumer-choice health plan for the 1990s"*. *The New England Journal of Medicine*, 320(1):29-37.

_____ (1978a), *"Consumer-choice health plan (Parte I) - Inflation and Inequity in Health Care Today: Alternatives for Cost Control and an Analysis of Proposals for National Health Insurance"*. *New England Journal of Medicine,* 298(12):650-58.

_____ (1978b), *"Consumer-choice of health plan: a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector"*. *New England Journal of Medicine*, V. 298(13):709-20.

_____ (1985), *Reflections on the management of the National Health Service*. London: *the Nuffield Provincial Hospitals Trust*.

_____ (1988), *"Managed Competition of Alternative Delivery Systems"*. In: *Warren Greenberg* (Ed.), *Competition in the Health Care Sector: Ten Years Later*. *Durham and London: Duke University Press*.

HAM, C. (1996), *"Population-Centered and patient-Focused Purchasing: The U.K. Experience"*. *The Milbank Quarterly*, 74(2):191-214,

HUNTER, D.J. & STANCKFORD, D. (1997), *"Health Care Reform in the United Kingdom"*. In: Sanguan Nitayarumphong (Ed.), *Health Care Reform - At the Frontier of Research and Policy Decisions*, *Thailand:Office of Health Care Reform/Ministry of Public Health* (pp.71-99).

KETTL, D. (1996), *"The Global revolution: Reforming Government Sector Management"*. Paper apresentado no Seminário Internacional "A Reforma do Estado na América Latina e Caribe - Rumo a uma administração Pública Gerencial. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado -MARE, patrocinado pelo BID e pela ONU. Brasília, 16-17, 1996.

LONDOÑO, J.L.(1996), *"Estructurando Pluralismo en los Servicios de salud. la Experiencia Colombiana"*. *Revista de Análisis Económico* 11(2):37-60.

_____ (1995), *Opciones para reformar la organización de los servicios de salud*. Banco Mundial, Departamento Técnico para a América Latina e Caribe, Washington, D.C.

_____ **& FRENK, J.** (1995), *Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. *World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, Washington, D.C.*

SALTMAN, R.B. (1994), *"The Role of Competitive Incentives in Recent Reforms of Northern European Health Systems"*. Artigo apresentado In: *International Conference on "Health Care Cost Control: Internal Market Mechanisms"*, 15-16 maio (1994), Quebéc:(mimeo).

WALT,G. (1996), *"Policy Analysis: an approach". In: Katja Janovsky (ed.)*, *Health Policy and Systems Development*, Genebra:WHO (pp.25-41).



Gestão Participativa[1] e [2]

David Braga Júnior[3] e
Douglas Gerson Braga[4]

GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS

Viabilizar o Estado como provedor das condições essenciais ao exercício da cidadania é tarefa que incumbe ao conjunto da sociedade brasileira. Por constituir imperativo ético, moral e legal, seus servidores públicos devem-lhe estrito cumprimento.

Contudo, a consolidação histórica de um Estado autoritário, sua condução política distante das demandas sociais, o quadro de deterioração do seu aparelho administrativo, a desarticulação da sociedade civil, enfim, todos estes fatores, aliados a uma cultura de serviços que não releva os interesses-fim da Administração Pública, têm dificultado a construção desta cidadania.

Saúde, Previdência Social e Educação, entre outras, constituem peças essenciais desta cidadania. Cabe-nos, portanto, uma parcela considerável de responsabilidade nesta tarefa. Desenvolver ações concretas de governo que articulam os demais segmentos interessados é prioridade nacional.

Neste contexto inserem-se as iniciativas para instituir o **Sistema de Gestão Participativa**. Trata-se da adoção de um novo conceito de gerenciamento das relações de trabalho no setor público. Um instrumento para democratizar e promover o desenvolvimento combinado destas relações com a consecução de objetivos comuns, previamente acordados.

---

[1] O texto em questão compôs folderes/material de divulgação da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/Ministério da Saúde sobre o assunto, produzidos e financiados em 1995 sob demanda desse órgão.

[2] É prevista publicação de trabalho desses profissionais, com experiências em Gestão Participativa, pelo Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz.

[3] Médico; Professor Universitário; Diretor de Planejamento e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP.

[4] Advogado; Especialista em Relações de Trabalho na Área Sindical e de Administração Pública.

O Sistema tem por substrato promover o envolvimento, a integração e a participação do conjunto dos servidores nos assuntos de interesse comum, através da participação organizada das suas entidades sindicais. E também estimular o crescimento das taxas de controle e de exigência de qualidade por parte dos usuários dos serviços.

Contudo, seu propósito fundamental é promover e direcionar o desenvolvimento das relações de trabalho e o tratamento dos seus conflitos, utilizando como referência o objetivo comum de: **prestar e atender com qualidade, eficácia e democracia, os serviços e as demandas da cidadania, em seu benefício e em benefício da dignidade da pessoa humana**.

A Gestão Participativa é formalizada em um documento que contém princípios e normas reguladoras desta relação, subscrito pelas partes interessadas. Este conjunto de regras pode ser instituído por intermédio da celebração de convênios, ou de contratos, ou ainda por meio de legislação apropriada. Há experiências bem sucedidas que comprovam a viabilidade destes procedimentos e subsidiam propostas de **Gestão Participativa para a qualificação das relações de trabalho e dos serviços do SUS**.

GESTÃO PARTICIPATIVA E OUTROS MODELOS

A introdução do Sistema de Gestão Participativa, por ser novidade, gera dúvidas, controvérsias e expectativas. Diante disto, analisar as principais características de outros modelos de relacionamento e compará-las com a opção adotada torna-se imprescindível. Para tanto, convêm analisar algumas concepções mais conhecidas de tratamento de conflitos e de formas de relacionamento.

O BUROCRATISMO E O CONFRONTO

A concepção administrativa burocrática afasta qualquer tipo de participação no gerenciamento dos conflitos e das relações de trabalho. Acredita na centralização e na imposição de ordens como meios exclusivos de "soluções" de conflitos, ainda que estes reapareçam na forma de confronto ou de ineficiência administrativa. Suas marcas registradas são o autoritarismo e a ineficiência.

A ação sindical, neste caso, para ter eficácia, dependerá de muita força a ser amealhada através da mobilização incessante da categoria. Ou a entidade sindical arregimenta forças e assume o confronto, ou sua atividade se resumirá, praticamente, a encaminhar ofícios e eventuais medidas judiciais e a publicar, em seus boletins, notas de protesto. Distorções na linha de ação sindical podem contribuir para a adoção desta concepção autoritária e ineficiente de administração de conflitos.

O CLIENTELISMO E O FAVORITISMO ADMINISTRATIVOS

Trata-se da velha fórmula sustentada na negociação de cargos e no apadrinhamento político. Nela, são confundidos os papéis do administrador e das entidades de classe. É o sistema que mais se aproxima da cooptação de um pelo outro. Os conflitos de interesses são discutidos e negociados sem regras claras e sem mecanismos de controle, tudo com sabor de concessão pessoal. Há forte injunção política externa neste sistema e pouco espaço para a adoção de critérios administrativos, técnicos e transparentes.

A CO-GESTÃO ADMINISTRATIVA

São pouquíssimas as experiências conhecidas de co-gestões administrativas, adaptadas às características do setor público. De caráter eminentemente político, sua fórmula implica na divisão e na ocupação de cargos administrativos. Há, neste sistema, por um lado, delegação política, transferência ou divisão de responsabilidade e, por outro lado, perda relativa da autonomia sindical. Sua adoção poderá acarretar, portanto, distorções de finalidades, pois ao administrador compete praticar todos os atos necessários à consecução das finalidades administrativas ainda que firam interesses corporativos, pois esta defesa constitui a sua essência.

SISTEMA DE GESTÃO PARTICIPATIVA

A Gestão Participativa não transfere atribuições do administrador público, nem impõe limitações à autonomia sindical, distanciando-se, desta forma, substancialmente, do modelo de co-gestão. As responsabilidades pela consecução das finalidades administrativas continuam de exclusiva competência do administrador. A defesa dos interesses corporativos é feita de forma incondicional pela entidade.

O Sistema de Gestão Participativa pressupõe e age sobre a existência de um vasto campo de interesses comuns que podem ser coadunados. A busca da qualidade, por exemplo, deve ser bandeira de todos e não de parte dos envolvidos. Surge daí a natureza **crítico-participativo-propositiva** que tanto caracteriza este modelo. Tal caráter confere maior credibilidade e autoridade às ações administrativas e maior legitimidade e espaço de ação para atividades sindicais.

Para tratar de assuntos específicos, de interesse comum é preciso discutir propostas pontuais e concretas, cuja viabilidade contribua, também, para a consecução das finalidades gerais da Administração.

É neste reforço da credibilidade e da viabilização das finalidades administrativas que repousa o interesse maior do administrador em adotar este modelo. E é na ampliação do espaço para o exercício da atividade sindical e no acréscimo da legitimidade, decorrentes do exercício da função propositiva, que a entidade sindical vê vantagens substanciais em sua adoção.

De resto, este sistema evita a concentração excessiva de poderes, o despotismo, os privilégios, os apadrinhamentos, as omissões ou as transferências de responsabilidades, características de outros modelos conhecidos. Evita, também, a prática de um sindicalismo inconseqüente, burocrático, de adesão ou de confronto permanente e insustentável.



Situacion Social y Escenarios Futuros en el Mercosur*

*Ernesto Aldo Isuani***

Introducción

Aun cuando el debate sobre la economía ha imperado en los países de la región como consecuencia de la profunda crisis que los afectó durante los ochenta, desde hace ya un tiempo viene creciendo la preocupación sobre los efectos que, en la estructura social, posee la gran transformación que experimentan dichos países.

El MERCOSUR, arquitecturado para dar un mayor impulso al intercambio entre los países que lo integran, tambien comienza a reflexionar sobre los límites al potencial económico que implica no examinar ni abordar debidamente la problemática social vigente (PODESTA, 1996). El debate realizado a fines de 1996 en Río de Janeiro, auspiciado por el CEFIR en el marco del Foro Consultivo Económico-Social del MERCOSUR para tratar las dimensiones sociales de la integraciòn es una indicaciòn de aquella tendencia.

Este estudio tiene como objetivo reflexionar sobre la problemática social de los países que integran el MERCOSUR y para ello se pretende en un primer momento describir en forma sucinta las principales características de dicha situaciòn. En segundo lugar, se llevará a cabo un análisis de un instrumento importantisimo que poseen los paises para mejorar su situaciòn social; esto es el gasto social. Se señalará entonces la estructura y tendencia del gasto social en estos paìses.

En tercer término y a partir del análisis precedente, se diseñará un escenario probable en gestación y los desafíos que el mismo impone a cada uno de los países. Cerraré el trabajo explorando algunos caminos que pueden ser adoptados para la construcciòn de sociedades con mayor bienestar colectivo. Cabe

** En CEFIR "Las Dimensiones sociales de la integraciòn", Montevideo (en prensa).*

*** Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.*

señalar, por fin, que incorporé al análisis dos países (Bolivia y Chile) que si bien aun no son integrantes plenos del MERCOSUR, es probable que lo sean en breve plazo.

1. La situación social

Acompañando un proceso de dimensiones globales y más allá de las debidas diferencias entre ellos, los países del Mercosur están asistiendo a un cambio de modelo de crecimiento y distribución. Progresivamente se va abandonando aquel modelo iniciado en la segunda posguerra caracterizado fundamentalmente por una fuerte presencia estatal en la producción y distribución de bienes y servicios. Así, se han privatizado un número significativo de empresas públicas y se han desregulado amplias zonas de actividad econômica. Por ejemplo y de acuerdo a La Comisión Econômica para América Latina (CEPAL), en el periodo 1990-1995 en Argentina se privatizaron 121 empresas, en Bolivia 44, en Brasil 43 y en Chile 12 (CEPAL, 1995: 17). También se han producido procesos de apertism de la economia y se han llevado a cabo ajustes fiscales. Las transformaciones próducidas han arrojado frutos en términos de mayor estabilidad de precios (ver cuadro 1) y, en algunos de los países, en aumentos de la producción y de la productividad e ingresos significativos de capitales.

Las variables sociales, no obstante, exhiben una tendência preocupante. Se han profundizado problemas de la década pasada tales como el desempleo, regresividad en la distribución del ingreso y exclusión de un sector adicional de la poblacIón de los beneficies del gasto social, factores fundamentales para explicar que la pobreza se mantenga en niveles elevados y aún en crecimiento en algunos de los países.

Argentina, a inicios de los ochenta poseía un 11% de hogares debajo de la línea de pobreza; luego de alcanzar más del 30% en 1990 como consecuencia de los picos hiperinflacionarios de 1989 y 1990, descendió a niveles próximos al 20% en 1992. Sin embargo, de acuerdo a información del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desde esa fecha no ha cesado de aumentar hasta alcanzar el 26% en 1996 (UNICEF Argentina, 1996). En Brasil las estimaciones de un estudio del Instituto de Planejamento Economico Aplicado (IPEA) y del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) indican que en 1990 el porcentaje de pobres alcanzaba al 30% de la población o 42 millones de personas (IPEA/

PNUD, 1996: 23) Otras estimaciones indicaban que para este año Brasil tenía un nivel de pobreza que alcanzaba el 43%, Paraguay el 60%, Chile el 35% y Uruguay el 10% (Madariaga, 1995: 36).

El problema del desempleo se ha convertido en un tema central en sociedades que, si bien con importantes niveles de subempleo, se acostumbraron a coexistir con una situación de virtual pleno empleo en la últimas décadas. En el cuadro 2 puede apreciarse la tendência al crecimiento del desempleo en Argentina y Uruguay, y una relativa estabilidad en las tasas correspondientes a Brasil y Chile. En Argentina el incremento ha sido dramático; de acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC), en 1995 afectó a casi el 19% de la PEA. Paradójicamente, el creciente desempleo contrasta con un notable aumento de la producción que alcanzó al 35% en el periodo 1991-1994. Pero el desempleo no es el único problema de empleo que padece esta sociedad. Además se encuentra el subempleo visibie y disfrazado que eleva el número de los argentinos con problemas laborales a alrededor de 50% de la fuerza de trabajo.

Los pobres y los jóvenes son grupos de población especialmente castigados por problemas de empleo. El cuadro 3 es una clara ilustración de la asociación positiva entre desempleo y pobreza. Mientras en los 6 países la tasa de desempleo entre el 10% más pobre de la fuerza de trabajo varía entre el 17% y el 34%, la tasa correspondiente al 20% mas rico cae abruptamente a un rango entre 1% y 3% Por otro lado, en el cuadro 4 se percibe que la juventud es uno de los sectores severamente afectado por el desempleo. La tasa de desempleo correspondiente a jóvenes de 15 a 24 años prácticamente duplica a la tasa de desempleo promedio en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Paraguay y la triplica en Uruguay.

Niveles altos de desempleo, especialmente en la ausencia de mecanismos compensadores de la ausencia de ingreso, suelen estar asociados a problemas de integración social. Entre quienes caen en el abismo del desempleo prolongado se produce la pérdida de autoestima, y el desvastador efecto de la pérdida de ingresos y ahorros impacta sobre el grupo familiar donde el maltrato, el alcoholismo, la drogadicción y hasta el suicidio comienzan a extenderse.

Además, la falta de empleo o ingresos suele ser principal detonante de la expansión del delito y la violencia. Lo que no puede ser obtenido por el trabajo, comienza a ser conseguido por la fuerza y esto modifica sustancialmente la forma de convivencia en las

grandes ciudades. La evolución hacia formas más violentas de violência expresan el resentimiento que produce especialmente en sectores otrora integrados al trabajo y a esquemas de protección social, la constatación de saberse excluídos.

Algo importante en relación a la violência es la creciente participación que le cabe a los jóvenes y adolescentes como víctimas y victimarios. Observando por ejemplo el caso argentino, 1 de cada 7 jóvenes en la franja de edad de 14-17 años se encuentra fuera de la escuela y simultaneamente del mercado de trabajo y esto especialmente en los sectores de bajos ingresos; así es facil entender la expansión de violência involucrando jóvenes. La falta de sentido y perspectivas se traduce, en mayor medida que los adultos, en hedonismo y aspiraciones de consumo para cuya consecusión cualquier camino es válido.

De esta forma a los problemas clásicos del subdesarrollo: pobreza, analfabetismo, alta mortalidad, baja esperanza de vida, etc. las sociedades van crecientemente enfrentándose con problemas de la "modernidad", esto es fenômenos de violencia, anomia e integración social.

2. La política social

Las transformaciones que experimenta el Estado y la sociedad en los países del Mercosur no parecen haber afectado el nivel de los recursos asignados a la política social. Pero si bien el monto no experimenta mayor variación, se estan produciendo cambios significativos en las modalidades de aplicación y en los efectos sobre la estructura social.

Comparando los comienzos de los noventa con los de los ochenta en el caso argentino, mientras el gasto público caía del 33% al 25% del PBI, el gasto social se incremento: mientras en 1980 alcanzaba a 16% del PBI, en 1994 equivalia al 18% (Barbeiro, 1996) Tambien en Brasil, el gasto social ha exhibido una tendencia al crecimiento. Tomando en cuenta el gasto social consolidado del gobierno federal, éste ha pasado del 9% del PBI en 1986 al 13% en 1993 (Piola y otros, 1996: 13). En Chile, el gasto social fue paulatinamente incrementándose desde 12,7% del PBI en 1989 a 14,1 % en 1993 (Arellano, 1995: 81).

Uruguay tuvo un significativo crecimiento del gasto social en el periodo 1980-1993 pasando del 15% al 17,5% del PBI. La información disponible en el caso de Paraguay señala un mantenimiento del gasto social durante la década de 1980 en torno del 4% del PIB y un aumento

durante los noventa llegando a 8% cri 1995 (PRESIDENCIA DE LA PEPUBLICA/UNICEF 1996: 7). En Bolivia, por su parte, liubo un descenso pero a partir de un bajo nivel de gasto social: en 1980 gastaba el 5,7% del PBI y descendia en 1992 a un 4,5% (CEPAL 1995 b: 15 *1).*

Pero más ailá de La existência de La rigidez demostrada por el gasto social para aceptar reducciones, el análisis de su composición sectorial permite concluir qlie el gasto se concentra fundamentalmente en el sistema de pensiones.

El cuadro 5 muestra que el incremento del gasto social en el caso argentino se debe casi exclusivamente ai aumento del gasto en pensiones. Las otras areas de la política social han mantenido sus niveles e inclusive han experimentado reducción.

Tambien en el caso de Brasil el gasto en pensiones aumentó su participación en el gasto social federal pasando de 56% en 1986 a 60% en 1993. Entretanto, las areas de salud, educación y vivienda experimentaron una caída (ver cuadro 6).

De esta manera el gasto social muestra su iniquidad al aumentar en un sector que posee alta regresividad como el sistema de pensiones y disminuir en areas como la educación o la salud públicas que suelen alcanzar a quienes la seguridad social excluye por tratarse de sectores de población de bajos ingresos insertos en el mercado informal de trabajo. En otras palabras, disminuye el porcentaje de recursos destinados a los segmentos más pobres, caracterizados por una menor capacidad organizativa y por ende con menos posibilidades de presionar exitosamente sobre la distribución de los recursos públicos.

Información disponible para Argentina, Bolivia, Chile y Uruguay presentada en el cuadro 7 muestra el nivel de progresividad/regresividad del gasto social. En ambos países se ve con claridad que mientras los gastos públicos de educación y salud beneficiam en mayor medida a los sectores de menores ingresos, los de la seguridad social son usufructuados fundamentalmente por aquellos de mayores ingresos.

En el caso argentino, el crecimiento del gasto en pensiones tuvo que ver fundamentalmente con razones jurídicas y políticas. Los derechos estatuídos por una legislación relativamente generosa pero que no se cumplía, origino numerosas demandas judiciales que concluyeron condenado al gobierno nacional a pagar la denominada "deuda previsional". Además, el poder político/electoral que otorga el número (3.500.000 de jubilados y pensionados) y el protagonismo creciente que han adquirido como actores sociales, llevó a que las autoridades públicas den prioridad a este tema, relegando a un segundo término a aquellas areas de la política social donde existe una menor capacidad de presión (Isuani y San Martino, 1995).

El mantenimiento o aumento del gasto social no implica sin embargo el crecimiento de su cobertura. Por el contrario hay indicios de que podría estar existiendo un estancamiento y aun retroceso en dicha cobertura. Por ejemplo, si se tiene en cuenta que el nuevo sistema previsional argentino ha aumentado claramente las exigências para acceder a los beneficies, en comparación con el antiglio sistema, y se coloca al nuevo sistema en el contexto socioeconómico que hemos descripto, especificamente en relación a las características que ha ido adquiriendo el mercado de trabajo argentino con mayores tasas de desocupación y subocupación, se plantea entonces un horizonte problemático para la extensión de la cobertura del nuevo sistema.

Por ejemplo, los afiliados al nuevo sistema de pensiones argentino rondan los 7,5 millones de trabajadores. Pero de ellos solo 4,5 millones aportan regularmente. Si esta magnitud se lo confronta con una fuerza de trabajo, obligada por ley a aportar, de 10 millones de personas la conclusión es bastante penosa: menos de la mitad de los trabajadores argentinos tienen cobertura de la seguridad social. La información de la cobertura del sistema de pensiones es congruente con la disponible respecto a los esquemas a atención médica de la seguridad social. De acuerdo al censo de población de 1991, en Argentina estan afiliados a estos esquemas el 56% de los trabajadores cuando en los ochenta superaban el 60%. Pero si además se tiene en cuenta que no todos los que estan afiliados a los servicios médicos de la seguridad social los utilizan, (por mal funcionamiento de los mismos) puede hipotetizarse con alto grado de certeza que la seguridad social brinda atención a la salud a menos de la mitad de la poblacion.

3. El escenario futuro

El desplazamiento que se ha producido en el mundo contemporáneo en el eje dinámico de la actividad productiva desde la metalmecánica, la petroquímica o la siderurgia en favor de actividades cuyo insumo principal son niveles más elevados y sosfisticados de conocimiento (la informática, la robótica, la ciencia de nuevos materiales, la biogenética, la aeronaútica y un mundo ilimitado de nuevos y sofisticados servicios) posee sin dudas un gran impacto en el mercado de trabajo.

De hecho, la economia ha registrado en muchos países en los últimos tiempos, tanto un vigoroso aumento de la producción como un preocupante incremento en los niveles de desempleo. Sin duda el

reemplazo de mano de obra por capital y el aumento de la productividad como consecuencia del progreso tecnológico no son fenômenos nuevos en las sociedades capitalistas pero nunca como antes, el conocimiento había sido un determinante tan fundamental para acceder al sector moderno de la economia.

Pero dado que sólo crecientes niveles de educación hacen posible el acceso al moderno sistema productivo, el mercado de trabajo se fragmenta estableciendo cada vez más distancia económica y social entre quienes estan en condiciones de acceder a la modemidad y quienes no pueden aspirar a ello por no contar con los recursos cognitivos necesarios.

Esto derrumba el ideal de la etapa keynesiana de que aun cuando pudiera ser lenta la tarea de incorporación a la sociedad moderna, este era un hecho inexorable. El crecimiento econômico llevaría a que el trabajo asalariado avanzara sobre los bolsones de sociedad tradicional, precapitalista o cuentapropista existente. Así, y para expresarlo en una imagen simple, todos terminarían empleados y cubiertos por los mecanismos del seguro o la seguridad social.

En la sociedad que se está configurando esto ya no es posible. Antiguos incluídos salen de los márgenes del nuevo sistema productivo y mucho de ellos se tornan "pobres estructurales". Comienza a dibujarse así una sociedad mucho más heterogênea pero cuya heterogeneidad no oculta una situación de dualidad. Por un lado, estan quienes acceden al nuevo sistema productivo y por el otro sectores que ya no tienen condiciones de acceder a él y a los beneficies salariales y laborales que el acceso implica. Y la marca de la pertenencia o nó al mundo de la exclusión, descansando fuertemente en el nivel de educación o calificación alcanzado.

Mientras tanto, el Estado Benefactor de raíz bismarckiana se modifica al compas de la reestructuración del mercado de trabajo pero no es desmantelado como su homônimo keynesiano (Isuani, 1993). En otras palabras, las instituciones del seguro social ven reducido su alcance a quienes quedan incorporados al sector moderno de la economía. Esta reducción de la cobertura del seguro social es paralela al crecimiento de las políticas asistenciales para los excluídos, las que como la beneficência de la etapa del liberalismo del siglo XIX, tienen capacidad solo para llegar con algo pobre a algunos pobres entre los pobres. Claramente, quien se evapora en la etapa en configuración es aquella faceta redistributiva del Estado keynesiano basado en la noción de universalidad y derecho ciudadano. La educación y salud públicas van quedando como servicios para los de menores recursos.

Dificilmente los excluídos puedan ser definidos como ejército de reserva, de acuerdo al concepto elaborado por Marx y Engels, según el cual la porción de la fuerza de trabajo que no es utilizada cumple la función de presionar sobre el nivel de salarios de los activos y sobre el poder, de negociación de los sindicatos. No se trata ya de desempleados esperando la oportunidad de reemplazar a trabajadores, todos ellos sin mayor calificación y por lo tanto intercambiables. Más bien comienza a delinearse una situación donde los desempleados y subempleados, en su inmensa mayoría personas con escasa capacitación, tienen cada vez menos oportunidad de reemplazar a trabajadores de creciente nivel educativo y quedan irremediablemente condenados a la marginalidad en el sistema productivo moderno; no constituyen yá un ejército de reserva sino población excedente; Robert Malthus reemplaza a Carlos Marx.

Obviamente no me refiero a población excedente en el sentido malthusiano de que el incremento poblacional tiende a superar la producción de alimentos. No se trata de población que no pueda ser alimentada. Se trata más bien de población excedente para ser utilizada productivamente en el moderno sistema productivo y a diferencia de la etapa keynesiana, sin mayores perspectivas de serlo. Podrán garantizar su alimento através de ingresos generados en las márgenes del sistema productivo o de la asistencia estatal o privada, pero seran irrelevantes como productores o consumidores en la nueva sociedad.

Inclusive en las sociedades más avanzadas solo una parte relativamente pequeña de la fuerza de trabajo podrá ser totalmente integrada en el corazón del moderno sistema productivos; estos son los trabajadores de alto nivel educativo cuya característica básica es la capacidad de plantear y resolver una gran diversidad de problemas: los "analistas simbólicos" de acuerdo a la denominación otorgada por Reich (Reich, 1993). Esto no implica la exclusión del resto de los trabajadores. Continuaran a existir quienes producen los bienes industriales y agrarios que precisamos y existirá un fuerte incremento del porcentaje de trabajadores en los servicios. Pero si bien esto podrán vivir de su trabajo las diferencias de posibilidades de todo tipo incluyendo las referidas a los niveles de ingreso se agigantaran. De esta forma la exclusión en estas sociedades adquiere una connotación especial; no se trata de una exclusión a formas elementales de vida humana como en las sociedades periféricas. Se trata de exclusión a las inmensas posibilidades de la nueva etapa a la que está ingresando la humanidad.

Por otra parte, ya no parece relevante la incorporación de esta población excedente al consumo, siguiendo una lógica keynesiana. De facto, los sectores más pobres son irrelevantes en términos de la porción del ingreso que administram. Baste como ejemplo indicar que mientras el 20% mas pobre de la población mundial posee solo el 1,4% del ingreso mundial, el 20% más rico se apropia del 85% de dicho ingreso. Dicho más brutalmente, 358 personas tienen activos que superan el ingreso anual combinado de países donde vive el 45% de la población mundial (PNUD, 1996).

De acuerdo a Reich se ha producido una transición de una producción orientada al volumen a otra que apunta al valor. En consecuencia no se trata ya de productos relativamente simples como aquellos a los que había que integrar a los excluídos en la segunda posguerra, sino de bienes cada vez más valioso capaces de ser crecientemente consumidos por quienes concentram el grueso del ingreso social. Esto reforzaría la insignificancia desde el punto de vista de la capacidad de consumo de quienes estan la margen de la sociedad moderma.

¿Cual puede ser el efecto de este fenómeno sobre la vida social y política?

La organización de los trabajadores desde el siglo XIX contó con algunas condiciones favorables. En la fábrica o el taller los, hasta no mucho antes, campesinos encontraban instancias que daban oportunidad al surgimiento de expresiones sindicales primero, políticas después. La solidaridad y labor desarrolladas fueron factores que erosionaron a la represión como técnica exclusiva para lidiar con el conflicto social y comenzaron a aparecer tanto los derechos políticos (por ejemplo, el sufragio universal) como sociales representados por el derecho a la asociación gremial, a mejores condiciones de trabajo, etc. Este proceso preparó el terreno sobre el que se edificó el estado keynesiano y que permitió en el periodo posterior a la segunda posguerra, tanto la paz social como el florecimiento econômico en un contexto de pleno empleo.

La actual población marginada del sector moderno y sin esperanzas de ingresar a él, no posee las instancias de acción colectiva que cuentan los trabajadores del sector formal; son o bien empleados en pequeñas unidades productivas o cuentapropistas en competência con sus pares para asegurar la sobrevivência y este no es el contexto más apropiado para el surgimiento de acción colectiva. Ocupan en

el siglo XXI el lugar de los campesinos del siglo XIX pero la diferencia es importante: mientras aquel capitalismo los atraía, este los devuelve a los márgenes de la sociedad.

Si estos argumentos son correctos, estan dadas las bases para un escenario caracterizado por la coexistência de una ciudad blanca y otra negra. Esta, cual inmenso zoológico ocupado por los viejos y nuevos marginales, deberá ser acordonada para que no perturbe, moleste o asuste a la ciudad blanca y sus habitantes solo podran recurrir a episódicas explosiones de violencia más o menos trágicas para ellos mismos frente a las modernas técnicas de represión.

La relación clases medias-clases populares parecen estar sujetas a un cambio sustancial. En la sociedad keynesiana, no existía un antagonismo entre las clases medias y los sectores populares ya que se operaba en el contexto de un mundo que parecia evolucionar hacia mayor democracia, igualdad y extensión de todo tipo de derechos. El incremento de la violência delincuencial que tiene como protagonistas a los mas desafortunados de la nueva sociedad en gestación, ha ido provocando una ruptura entre aquellos sectores sociales. La proximidad y la cercanía del delito empezó a provocar reacción de los sectores medios y la aparición de formas más o menos explícitas de clasismo. La delincuencia de estos empuja a la violência de aquellos y progresivamente comienzan a delinearse comportamientos que podrían ser definidos como incipientemente genocidas. La contratación por parte de comerciantes de escuadrones de la muerte con la consigda de "limpiar las calles de la ciudad" es quizas la expresión más clara de este proceso en gestación.

Esta dualidad tiene enorne importancia para entender la lógica de desarrollo de la demanda por derechos civiles, políticos y sociales. Es probable que se asista por un lado a un importante avance en la demanda e implementación de derechos relativamente sofisticados por parte de quienes pertenecen a la sociedad de incluídos. Mayores derechos para la mujer, el niño o el adolescente, derecho a la preservación del medio ambiente, a la calidad del agua o del aire, o respeto a los derechos de las minorias sexuales. Por el otro lado, existirá con certeza una tremenda reducción en el derecho a acceder a servicios de salud, educación, vivienda e inclusive el elemental derecho a alimentarse por parte de quienes quedan excluídos. En sintesis, mientras se produce un importante avance y sofisticación en los derechos de algunos, para otros se esfuman los derechos, algunos muy elementales, que fueron otorgados o prometidos durante la etapa keynesiana.

4. Caminos a explorar

Frente al escenario descrito cabe preguntarse cuales son algunos de los cursos de acción posibles para aspirar a una sociedad con mayor nivel de democracia, libertad y justicia. La construcción de una red de seguridad social, el desarrollo de la salud reproductiva y de la educación parecen ser caminos centrales y sobre ellos realizaremos algunas reflexiones.

4.1 Red de Seguridad Social

Sin duda una primera responsabilidad de la sociedad con quienes se hallan inmersos en una situaciòn de marginación estructural, es satisfacer un nivel básico de necesidades vía generación de trabajo, subsidios en dinero, prestación de servicios o alguna combinación de estos caminos.

La prestación de servicios a los pobres es una vía a explorar pero debe tenerse en cuenta que las estratégias de focalización suele tener escasa viabilidad política. Los excluídos no tienen capacidad de demanda y presion y los recursos a ellos teoricamente asignados suelen terminar en manos de otros mas hábiles y organizados (Isuani, 1994).

Una cierta corriente plantea hoy la necesidad de un "ingreso ciudadano" como forma de resolver un mínimo de consumo (Van Parijs, 1995). La idea es atractiva pero presenta algunos inconvenientes:

Si bien es posibie de implementar con cierta facilidad en sociedades donde la exclusión atañe a un pequeño porcentaje de la población, se torna muy dificil donde dicha exclusión es grande o en mercados de trabajo con alta informalidad, debido a la inmensa dificultad en determinar la elegibilidad ya que se necesita un gran y eficiente dispositivo burocrático para identificar los beneficiarios y asegurar que el ingreso no llegue a personas que poseen otros recursos.

Además, en la medida que la falta de empleo se vuelve estructural y no coyuntural para los excluídos, el ingreso ciudadano adquiere las características de un programa de sobrevivência que frente a la ausencia de perspectivas de trabajo, puede transformarse en una forma denigrante de existência.

Por ello, la generación de trabajo aun de escasa productividad, acompañado de requisitos de recibir educación es una solución preferible. Pero dado que es muy dificil generar trabajo para

un contigente elevado de desempleados, debería priorizarse a quienes entre ellos constituyen el conjunto más vulnerable y que ciertamente son los jefes y especialmente jefas de hogar con hijos pequeños.

Tembien un ingreso ciudadano sujeto al requisito de capacitarse son caminos para crear condiciones de desarrollo de indivíduos y familias y no solo una forma de garantizar sobrevivência a partir de un enfoque zoológico.

4.2 Salud Reproductiva

Como dije, no estamos en la clásica situación malthusiana donde el crecimiento poblacional de los sectores pobres conduzca a la hambruna. Mas bien en una que conduce a la exclusión y la refuerza. Por ello es inadmisible que seres humanos sean fruto no de la intencionalidad humana sino de la ignorancia o la falta de acceso a medios seguros para evitar la concepción. Que hombres y mujeres no esten en condiciones de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y disponer información, educación y medios para ello, es absolutamente inadmisible a esta altura de los tiempos. Las consecuencia de esto es la extensión de la mortalidad materna en los sectores pobres causada en gran medida por el aborto o el crecimiento del embarazo adolescente que suele convertirse en drama, ya sea por colocar a la adolescente frente al aborto o a hacerse cargo de una vida para la cual no suele estar preparada.

4.3 La Educación

Este parece ser la piedra angular de escape de la exclusión. En este horizonte de renovada capacitación y esfuerzo como puerta de entrada a un sistema productivo moderno, solo la masificación y una creciente calidad de la educación puede generar las capacidades necesarias para superar la exclusión vía el acceso al empleo o via generar capacidades de obtener ingresos mediante la producción de bienes y servicios.

El convertirse en asalariado y protegido por las redes de la seguridad social parececía ser la promesa final del mundo keynesiano. Al desaparecer esta ilusión queda claro que un porcentaje importante de la población debería recurrir a múltiples estratégias de cuentapropismo, asociaciones productivas informares y pequeños emprendimientos y especialmente un desarrollo en la esfera de los servicios.

La posibilidad de avanzar en el mundo del microempresariado requiere conocimientos y habilidades que exigen mayor preparación de los indivíduos y los grupos y especialmente de capacidades de plantear y resolver diversos tipos de problemas en contextos diversos. Esto solo puede ser provisto por crecientes niveles educativos.

BIBLIOGRAFÍA

ARELLANO, Juan Pablo
1995 "Política Fiscal y Desarrollo Social" en Pizarro y Otros ed. "Políticas Econômicas y Sociales en el Chile Democrático" CIEPLAN/UNICEF, Santiago de Chile.

BARBEITO, Alberto
1996 "Transformaciones del Gasto Social y el proceso de desecentralización en la Argentina", Buenos Aires, mimeo.

CEPAL
1996 "Panorama Econômico de América Latina 1996", Santiago de Chile.

CEPAL
1995 "Balance Preliminar de la Economía de América Latina y el Caribe", Santiago de Chile.

CEPAL

1995 b "Panorama Social de América Latina 1995", Santiago de Chile.

IPEA/PNUD
1996 "Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil 1996, Brasilia.

ISUANI, Emesto Aldo y **SAN MARTINO**, Jorge

1995 "El Nuevo Sistema Previsional Argentino ¿Punto Final a una Larga Crisis? (segunda parte) en Boletín Informativo Techint No. 282 Buenos Aires.

ISUANI, Emesto Aldo
1992 "Política Social y Dinámica Política en América Latina", en Desarrollo Economico Vol XXXII, No. 125, Buenos Aires.

ISUANI, Emesto Aldo
1991 "Bismarck o Keynes: quien es el culpable? (Notas sobre La crisis de acumulación)"- en Isuani, Emesto, Lo Vuolo, Ruben y Tenti, Emilio "El Estado de Bienestar: la crisis de un paradigma" CIEPP/Miño Dávila editores, Buenos Aires.

MADARIAGA, Hugo
1995 "Mercosur: análisis de las políticas sociales", UNICEF, Santiago de Chile.

PIOLA, Sergio y Otros
1996 "Gasto Social Federal e Investimento na Infância" UNICEF Brasil, Brasilia.

PNUD
1996 "Informe Sobre Desarrollo Humano 1996", Madrid.

PODESTA, Bruno
1996 "Dimensión Social de la Integración y Globalización" Conferencia en la Universidad Católica del Uruguay, mimeo.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA/UNICEF
1996 "Hacia las Metas del Plan Nacional de Acciòn por la Infancia", Asunciòn.

REICH, Robert
1993, "El Trabajo de las Naciones" Editorial Vergara, Buenos Aires UNICEF Argentina.
1996 "Datos", Buenos Aires.

VAN PARIJS, Philippe
1995 "Más Allá de La Solidariedad", en Varios Autores, Contra la Exclusión, CIEPP/Miño Dávila Editores, Buenos Aires.

Cuadro 1
AMERICA LATINA: EVOLUCION DE LOS PRECIOS AL CONSUMIDOR
(Variaciones de diciembre a diciembre)

	1992	1993	1994	1995
Argentina	17.50	7.40	3.70	1.70
Bolivia	10.50	9.40	8.50	12.60
Brasil	1,149.10	2,489.10	929.30	22.00
Chile	12.70	12.20	8.90	8.20
Paraguay	17.80	20.30	18.30	10.50
Uruguay	59.00	52.90	44.10	35.40

Fuente: CEPAL 1996:14

Cuadro 2
AMERICA LATINA: DESEMPLEO URBANO ABIERTO(1)
(Tasas Medias)

	1992	1993	1994	1995
Argentina	7.00	9.60	11.50	17.50
Brasil (2)	5.80	5.40	5.10	4.60
Chile	6.70	6.50	7.80	7.40
Uruguay(3)	9.00	8.40	9.20	10.80

Fuente: CEPAL, 1996:14
(1)Cifras preliminares. (2)Seis áreas metropolitanas.
(3) Montevideo; 1996 enero a mayo

Cuadro 3
TASAS DE DESEMPLEO URBANO SEGUN ESTRATOS DE INGRESO*

Países	Añ
Argentina**	
	19
	19
	19
	19
Bolívia	
	19
	19
Brasil	
	19
	19
Chile	
	19
	19
	19
	19
Paraguay	
	19
	19
Uruguay	
	19
	19
	19
	19

Fuente: CEPAL, 1995b:25
** Se refiere a percentiles de la distribución del ingreso familiar per cápita.*
*** Area Metropolitana del Gran Buenos Aires. Las cifras corresponden al mes de octubre de cada año.*

Cuadro 4
AMERICA LATINA (6 PAISES) TASAS DE DESEMPLEO ABIERTO POR SEXO Y EDAD EN ZONAS URBANAS al 1992

País	Sexo	Grupos de Edad				
		Total	15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 años y más
ARGENTINA	Total	6.60	12.60	4.50	4.50	5.70
	Hombres	6.80	13.00	4.20	4.50	6.20
	Mujeres	6.30	11.90	5.00	4.60	4.70
BOLIVIA	Total	5.50	8.60	5.30	4.30	3.80
	Hombres	5.40	7.50	5.30	4.50	4.40
	Mujeres	5.60	9.80	5.40	3.80	2.90
BRASIL	Total	4.50	8.40	4.40	2.40	1.50
	Hombres	4.80	8.80	4.70	2.80	1.90
	Mujeres	3.90	7.80	3.80	1.70	0.60
CHILE	Total	6.00	14.30	5.40	3.30	2.90
	Hombres	5.00	12.00	4.20	2.80	3.00
	Mujeres	7.80	17.80	7.40	4.20	2.80
PARAGUAY	Total	5.00	9.70	3.00	4.50	2.60
	Hombres	6.00	10.70	3.60	6.90	3.70
	Mujeres	3.70	8.70	2.10	1.90	0.50
URUGUAY	Total	8.40	21.80	7.70	4.40	3.40
	Hombres	6.40	18.90	4.90	22.20	2.40
	Mujeres	11.00	26.00	11.10	7.00	4.80

FUENTE: CEPAL 1995 :183
a/Brasil, 1990

Cuadro 5
ARGENTINA - GASTO PUBLICO SOCIAL
(% DEL PBI)

	1980-83	1984-88	1990-92
GASTO P	15.21	16.02	16.13
EducacióN	2.90	3.43	3.17
Salud	3.93	3.98	3.82
Vivienda	0.65	0.66	0.56
Asistencia	0.49	0.71	0.56
Seguridad	5.92	6.03	6.77
Otros	1.31	1.20	1.26

FUENTE: Elaboracián propia en base al Ministerio de Economia

Cuadro 6
BRASIL: DISTRIBUCION DEL GASTO SOCIAL FEDERAL POR AREA
(1986-1993)

Años	Alimentación y Nutrición	Salud	Saneami Protecció Medio A	Educación y Cultura	Vivienda y Urban.	Trabajo	Assistencia Social	Seguridad Social	Total
1986	2.68	18.77	3.05	12.9 1-	4.01	0.77	1.27	56.50	100
1987	2.70	25.52	4.34	14.28	4.12	0.98	2.62	45.39	100
1988	2.39	23.17	3.76	15.72	6.96	0.92	**2.41**	44.64	100
1989	2.02	24.49	2.36	13.69	2.27	3.10	2.37	49.66	100
1990	2.25	20.34	2.16	12.62	2.30	8.47	**1.54**	50.29	100
1991	1.36	19.31	2.93	10.39	4.50	6.64	3.37	51.46	100
1992	0.41	17.13	2.13	9.03	4.03	6.25	**5.03**	55.95	100
1993	1.04	17.01	1.62	10.13	2.04	3.26	5.04	59.82	100

Fuente: Piola y otros, 1996:25

Cuadro 7
ARGENTINA, BOLIVIA, CHILE Y URUGUAY: IMPACTO DISTRIBUTIVO DEL GASTO SOCIAL

País	Distribuición del gasto social por quintil (porcentajes)				
	I	II	III	IV	V
ARGENTINA (1980)					
Educación	28	20	18	17	17
- Primaria	40	25	16	11	9
- Secundaria	26	21	21	18	14
- Terciaria	8	9	18	29	28
Salud	44	18	20	11	7
Seguridad Social	10	13	20	23	34
Total gasto social	20	16	19	20	26
Total s/Seguridad Social	34	20	18	15	14
BOLIVIA (1992)					
Educación	24	22	21	19	14
- Primaria y Secund.	30	26	21	15	8
- Terciaria	9	13	21	27	28
Salud	11	15	18	30	28
Salud y Seg.Social	11	16	20	22	32
Total Gasto social	21	20	21	21	18
CHILE (1993)					
Educación	27	23	19	16	15
- Primaria	35	27	18	13	7
- Secundaria	24	26	22	17	11
- Terciaria	9	12	17	24	38
Salud	32	26	21	15	6
Seguridad Social	4	9	15	25	47
Asistencia Social	33	24	18	13	12
Vivienda	20	18	19	23	19
Total gasto social	16	16	17	21	30
Total s/Seguridad Social	29	24	19	16	16
URUGUAY (1989)					
Educación	33	21	17	15	14
- Primaria	52	22	13	10	4
- Secundaria	30	29	18	14	9
- Terciaria	5	7	22	24	42
Salud	35	20	21	13	11
Seguridad Social	12	16	21	20	31
Vivienda	16	18	11	26	30
Total Gasto Social	20	18	20	18	24
Total s/Seguridad Sociali	33	20	19	15	13

Fuente: CEPAL, 1995b:153

Transformação do Aparelho do Estado decorrente das Diretrizes da Descentralização. Participação da Comunidade: A Experiência dos Conselhos de Saúde.

*Gilson Cantarino O´Dwyer**

O Estado brasileiro vem passando por transformações marcantes, resultado de mudanças ocorridas no interior do próprio Estado e sobretudo pelas alterações verificadas na economia mundial. Estas mudanças têm repercussões diretas na vida das pessoas, uma vez que neste cenário de mudanças econômico-sociais, as políticas sociais são as mais afetadas, pois a crise do financiamento aponta sempre em direção a restrição de direitos sociais e de benefícios, isto vem acontecendo em diferentes países e no Brasil isto não é menos verdadeiro.

Fazer um balanço da reforma sanitária requer antes de tudo considerar como pano de fundo o cenário que influenciou e influencia os rumos que a luta do movimento sanitário tomou até os nossos dias. Faremos uma breve análise de conjuntura para situar nossas colocações sobre este tema.

O deslocamento das responsabilidades do estado para o mercado, como espaço de regulação dos interesses privados e de realização do interesse público, significa assumir a concepção neoliberal que pressupõe a simetria de possibilidades, oportunidade e poder entre indivíduos, grupos ou extratos sociais ou em sua vertente mais conservadora admite como inevitável a segregação de parcela importante da população que não dispõe de recursos de qualquer tipo para buscar o atendimento de suas necessidades e demandas no livre mercado, para esses segmentos sociais postergados o Estado participaria em ações de caráter supletivo assistencial.

** Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselheiro Titular do Conselho Nacional de Saúde e Secretário Municipal de Saúde de Niterói.* *Este texto reproduz em parte os trabalhos do mesmo autor: "Balanço da Reforma Sanitária", apresentado no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, agosto de 97, Águas de Lindóia – SP; "A Gestão Municipal e o Processo de Mudança: A experiência Brasileira", apresentado no VII Congresso Latino-Americano de Medicina Social – março/97. Buenos Aires.*

Esta perspectiva significa a redução profunda da ação estatal, não só na esfera produtiva, mas também na oferta de bens e serviços de consumo coletivo. O repasse de responsabilidade do Estado para o mercado, tanto de forma direta – privatização de unidades produtoras ou delegação de responsabilidades – quanto indireta – renúncia fiscal e baixo investimento no setor público, embora do ponto de vista da esfera econômico-produtiva algumas medidas tenham sido coerentes, não se pode dizer o mesmo das relativas a bens de consumo coletivo e as políticas sociais básicas.

Lechner (1993) refere que "o mercado, por si só não gera e nem sustenta uma ordem social e, pelo contrário pressupõe uma política de ordenação que exige o fortalecimento da ordem social". Neste sentido, os países de econômica central buscam introduzir alternativas que visam justamente o fortalecimento da ordem social através da garantia de renda mínima, adoção de programas de readaptação e formação de mão-de-obra, apoio ao desenvolvimento de novas áreas de trabalho, e hoje mais que nunca estão preocupados com a face humana do capitalismo, já que estes países também relegaram de certo modo o projeto social. Experiências desenvolvidas tanto pelos países centrais quanto periféricos dão conta que: política econômica sem política social é um contra senso, não é eficiente e por sua vez não cria mercado. Não precisa ser nenhum especialista para chegar a esta conclusão. A história do nosso país também oferece lições incontestes sobre este assunto.

O Banco Mundial admite, agora, que a fórmula neoliberal não funciona e fez um estudo demonstrando que os países que têm melhor distribuição de renda crescem mais. Na esteira destas questões a ONU criou um indicador chamado Índice de Desenvolvimento Humano para avaliar o desempenho dos países não somente do ponto de vista dos números absolutos de suas economias. Tendo como base este indicador o Relatório da ONU coloca o Brasil numa posição ruim entre os 175 países que fazem parte do ranking do Programa das Nações Unidas (PNUD), de acordo com o relatório de 1997 divulgado pela ONU e que leva em conta uma série de indicadores sociais, além de econômicos.

O Brasil, que estava na 58ª posição no ranking, passou para o 68ª lugar. Embora, estes números necessitem de ser atualizados por utilizarem dados de 1994, eles são indicativos contundentes de que a pobreza aumentou na América Latina e no Caribe. A renda per capita dos 20% mais ricos nesta região é 19 vezes maior do que dos 20% mais pobres, o que foi considerado o maior abismo do mundo em

desenvolvimento. O relatório parte da premissa de que a pobreza não é só falta de renda mas também "negação de oportunidades e opções básicas para o desenvolvimento humano".

E é justamente neste ponto que sustentamos nossa análise, pois que nos países desenvolvidos a reorganização do Estado tem se dado sem que os direitos sociais conquistado sejam vilipendiados. Portanto, torna-se imperiosa em nosso país a adoção de uma política de redistribuição de renda, o que se contrapõe aos argumentos do governo de que só se poderia erradicar a miséria com crescimento econômico contínuo. Segundo os economistas Ricardo Barros, Rosane Mendonça (IPEA) e José Camargo (PUC-RIO) autores do estudo "Pobreza no Brasil: quatro questões básicas" seriam necessários 20 anos de crescimento anual para reduzir à metade a pobreza no país, entretanto os referidos autores afirmam que uma solução menos demorada para as desigualdades seria a transferência de 6% do PIB (Produto Interno Bruto), o que bastaria para por fim à pobreza no país.

Ao Estado cujo papel central é o zelo pelo interesse público, cabe assegurar o cumprimento das funções públicas, a redução das desigualdades sociais, através da reparação de seus efeitos deletérios e sobretudo mediante a introdução de mecanismos redistributivos e inclusivos, buscando uma inserção vantajosa para o país na economia nacional e no mundo globalizado. Uma inserção vantajosa a nosso ver é uma inserção que priorize antes de tudo e de qualquer coisa, a integração das massas excluídas e a garantia dos direitos de cidadania.

A Reforma Sanitária é a nosso ver o contorno mais completo da tradução da Reforma do Estado em curso no país. Este processo pode ser considerado recente pois data do início da década de 70, quando foram dados seus primeiros passos, a partir do reconhecimento do débito social, pelo movimento municipalista da saúde, daí para cá a luta vem tornando cada vez mais árdua, com avanços e retrocessos inerentes a qualquer projeto desta envergadura.

Nos permitam fazer uma passagem dos anos 70 para os anos 80, mais especificamente a 1988, quando promulgada a Constituição Federal que traz em seu bojo, entre outras, uma das maiores conquistas do movimento sanitário expressa no capítulo da seguridade social, artigo 198 "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo

II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - Participação da comunidade".

A descentralização constitui um potente instrumento de reestruturação do poder, deslocando para os níveis estadual e municipal a responsabilidade pelo enfrentamento dos problemas de saúde da população e conferindo a estes níveis capacidade para formular políticas e executar ações de saúde. É importante também ressaltar que esta transferência de poder requer também o repasse de estruturas, recursos humanos e financeiros.

Isto significa uma mudança radical ao papel das três esferas de governo, já que não se pode fazer descentralização sem redefinir competências. Para o município esta transformação é substantiva, uma vez que a legislação lhe confere mais autonomia e maior governabilidade.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 tem por objetivo definir os papéis institucionais de cada esfera de governo no plano de gestão, a estrutura de financiamento e as regras de transferências de recursos entre os deferentes níveis de governo enquanto gestores do sistema dentro da sua esfera de competência.

O artigo 9º da Lei 8080 estatui que: A direção do Sistema Único de Saúde é única, de acordo com o inciso I, do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III – e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretária de Saúde ou órgão equivalente.

Consideramos como verdadeiras algumas transformações já obtidas no processo de descentralização:

- fortalecimento dos municípios como espaço de gestão;

- habilitação de mais de 3 (três) mil municípios pela NOB 93;
- criação obrigatória nestes municípios habilitados de Conselhos Municipais de Saúde, fundos municipais de saúde, além da implantação dos planos municipais de saúde;
- existência de Conselhos Estaduais de Saúde em todos os estados da federação, além do funcionamento atuante e organizado do Conselho Nacional de Saúde;
- instalação e funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite;
- lei federal que proporciona o repasse fundo a fundo, iniciando o rompimento do modelo financiamento por produção de serviços;
- organização de Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.

É preciso destacar a importância dos conselhos no processo de descentralização, já que esta instância reflete o próprio exercício de cidade no sentido mais literal da palavra, pois potencializam a pluralidade de espaços de vocalização de demandas ao tempo em que são formuladores de políticas de saúde.

Desse modo, a descentralização significa a ampliação da capacidade resolutiva do aparelho estatal e a própria oxigenação da administração através da participação dos cidadãos influenciando e construindo um novo modo de governar.

Mas eu não poderia deixar de abordar uma questão que considero da maior relevância para a consolidação do Sistema Único de Saúde – Os recursos humanos – os profissionais e trabalhadores de saúde.

Moysés (1996) aponta que "houve uma acelerada expansão dos empregos da esfera municipal com taxas de crescimento de 13,9% ao ano, estando esta posição diretamente influenciada pelo processo de descentralização e municipalização das ações de saúde, no início dos anos 80 a esfera municipal era responsável pela oferta de 16,2% dos empregos em saúde. Em 1992 dados da MAS mostram que este

setor emprega 43,7% da força de trabalho em saúde. A rede estadual manteve-se em ligeiro crescimento em todo o país, porém com intensidade bem inferior (6%) ao ano ao que se verifica no nível municipal, em contrapartida os empregos federais sofreram um acentuado declínio, com taxas negativas de crescimento de menos 2% ao ano. Sabidamente os recursos humanos são atores sociais estratégicos no contexto das organizações de saúde, desconsiderar este fato é no limite provocar o descumprimento da missão dessas organizações.

As ações dirigidas à área de recursos humanos ainda são muito tímidas, descoordenadas e isoladas. É imperioso que se implemente políticas setoriais envolvendo os três níveis de governo, voltadas para a valorização e desenvolvimento de recursos humanos, resgatando o orgulho do profissional em pertencer a esta ou aquela organização. Em síntese, reconhecer o papel transformador dos profissionais e trabalhadores da saúde no seio da reforma do estado.

Atualmente começa a se travar um profundo confronto em termos de projetos políticos. De um lado temos no país dois projetos de reforma, o projeto proposto pelo MARE e o projeto de Reforma Sanitária. É necessário levar em consideração o vanguardismo deste projeto e os avanços conseguidos pela saúde, a desconsideração deste processo poderá nos conduzir por um caminho que não traçamos e não desejamos. Por outro lado, as indefinições relativas a implantação da NOB/96 com sucessivos impasses da Comissão Tripartite, resultam em 13 meses sem descentralização no Brasil, impedidos que estão estados e municípios de se habilitarem pelas dificuldades de conciliar a implantação da NOB com o financiamento proposto pelo Governo para o ano de 1998.

O Ministério da Saúde deve uma maior explicação do seu projeto para o país. A NOB/96 é vital para a implementação do Sistema na medida que radicaliza a descentralização, avança para o conceito de responsabilização sanitária, define com clareza o papel do Gestor Estadual e introduz as relações de vinculação de clientela. Defendo que esta Norma é estimuladora da mudança do modelo assistencial.

Muitas são as dificuldades que os municípios têm enfrentado para melhorar sua performance organizacional e responder as demandas da população, enquanto um direito, dentre elas poderíamos elencar um conjunto de situações que vêm se constituindo como sérias limitações para que este processo se consolide definitivamente no país.

A questão histórica do modelo de financiamento fortemente centralizado ainda é um nó górdio. Os recursos são insuficientes! O pagamento por procedimento é muito abaixo do valor de mercado. O governo federal tenta ocultar o problema atribuindo-o à incapacidade do poder local em gerir com competência os recursos financeiros, temos consciência que não se trata disso, o governo federal desloca assim o eixo da discussão eximindo-se do se papel e transferindo para o poder municipal toda a carga de um modelo de financiamento perverso, distorcido, com atrasos consideráveis nos repasses, penalizando a população e gerando situações conflituosas no cotidiano dos serviços de saúde.

Outro aspecto limitante é o fato de que os governos federal e estadual, não conseguiram adequar-se, respectivamente, ao seu novo papel, em razão de que a descentralização do poder provocou nessas esferas um sentimento de "esvaziamento" de suas funções, o que vem concorrendo para que a municipalização venha acontecendo mais lentamente em alguns Estados da Federação. Some-se a isto a necessidade das organizações de saúde incorporarem no seu processo de trabalho o enfoque da intersetorialidade, considerando que a saúde contempla dimensões que extrapolam o universo das questões específicas, exigindo que se adote posturas interdisciplinares onde o setor saúde assuma o meio ambiente externo como um recurso e não como uma limitação, entendendo que é imprescindível formar parcerias e desenvolver sinergias não só dentro da própria rede assistencial articulando os serviços de saúde, mas também com outros setores, cujos problemas acabam por desembocar no comprometimento da saúde da população. Apesar desta questão já vir fazendo parte dos debates desde os anos 70, infelizmente os municípios ainda não conseguiram materializá-la a contento, mas verificamos uma preocupação crescente dos dirigentes municipais, e as cidades de médio e grande porte que contam com maior infra-estrutura já vêm trabalhando com este enfoque o que pressupõe uma abertura ao meio externo e uma postura mais ativa com relação às respostas as demandas da população.

O SUS, hoje, já oferece um paradigma de descentralização no continente que independentemente de ter algumas limitações, já apresenta significativos avanços, visto que, em inúmeros municípios, o surgimento de modelos assistenciais que asseguram uma integralidade da assistência e vinculação da clientela é uma realidade. Experiências de territorialização, assistência domiciliar, programas desenvolvidos com agentes comunitários de saúde, modelo de saúde da família,

movimento de municípios saudáveis criam marcos para análise de campos relevantes no modelo de atenção à saúde com assento na promoção e garantia da integralidade.

Por fim, a política econômica dos países latino-americanos, hoje, é uma política alinhada com as negociações do pagamento da dívida externa e, portanto, tem como estratégia a minimização do papel do estado e o estímulo as políticas de livre mercado. Tal visão não leva em conta as diferenças sociais existentes no conjunto da sociedade relegando a dívida social a um segundo plano, retirando do Estado o papel de regulador e de redistribuidor das riquezas, confrontando o processo de saúde que busca atingir os parâmetros wellfarcanos.

Este fato, em meu entender e do organismo que presido, nos obriga a uma agenda comum que possa responder a alguns desafios relativos à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; ao fortalecimento do controle social e da prática participativa frente à heterogeneidade econômica e social, à viabilização da integralidade da atenção de saúde versus a política de mercado; à reconstrução dos vínculos de responsabilidade e pactos de solidariedade entre profissionais de saúde e os usuários num contexto de desvalorização da política de recursos humanos e o enfrentamento da contradição entre o processo de descentralização dos recursos financeiros e a redução dos mesmos.

A globalização da economia resultará, inevitavelmente, em sociedade acentuadamente desiguais, o que desafia os municípios a missão de espaço político-institucional mais viável ao enfrentamento dos diferentes recortes da realidade sócio-econômica de suas populações, exigindo intervenções distintas em grupos sociais individualizados e que obrigará a uma agenda comum de integração dentre os gestores, as instituições e as lideranças compromissadas com os princípios da igualdade de direitos dentre os povos e os indivíduos e o conceito de saúde como produção social e portanto conquista coletiva.

Por fim, gostaríamos de pontuar que o reducionismo economicista prevalecente que coloca a eficiência como condicionante das políticas públicas não pode subsumir, mesmo numa realidade de escassez como a nossa, a preocupação com a eficácia, efetividade, acessibilidade, otimidade, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Este atualmente, é o grande desafio que se coloca aos formuladores de políticas sociais em nosso País.

A Universidade e a Formação de Recursos Humanos na Gestão da Saúde[1]

Gonzalo Vecina Neto[1] e Valéria Terra[2]

A universidade tem uma grande responsabilidade no esforço para superar a ineficiência e a baixa qualidade dos serviços de saúde hoje oferecidos à população. Parte dessa responsabilidade está no campo da gestão. Porém, gestão não é meramente racionalização. É necessário construir um espaço onde a gestão esteja preocupada com a construção de um novo modelo assistencial voltado para a preservação da saúde e para a melhoria da qualidade de vida. Para atender a este modelo, é preciso formar gerentes com profundo compromisso social, capacidade inovadora e disposição para agir nas fronteiras do conhecimento, independentemente do setor em que atuam. A formação desse gerente de saúde exigirá da universidade a construção de um novo paradigma, que é o principal objeto deste artigo.

1. O "o quê" e o "como"

O setor saúde vive uma crise que se traduz por baixa qualidade, ineficiência e iniqüidade. O diagnóstico desta crise está bastante analisado (Guimarães & Tavares; 1994; Mendes, 1995 e 1996). O que se necessita é encontrar saídas para o impasse.

Já durante a década de 70, o Brasil viveu importantes experiências de municipalização da assistência à saúde. Exemplos como os de Londrina, Campinas e Montes Claros, entre tantos outros, apontaram para o caminho a ser trilhado.

A partir da promulgação da nova Constituição e da Lei nº 8.080, esse processo ganhou foro de política oficial e, às vezes orientado, outras sufocado por diretrizes federais e estaduais, tem gerado importantes avanços na atenção à saúde.

---

[1] Texto publicado na Revista RAP 2/98, incluído com autorização dos autores.

[2] Coordenador do projeto IDS-NAMH/FSP-Itaú e professor da FSP/USP.

[3] Co-coordenadora do projeto IDS-NAMH/FSP-Itaú e mestranda em administração de empresas pela EASP/FGV.

No entanto, um conjunto de fatores (como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança no padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção à saúde, ao corporativismo dos profissionais da saúde, etc.) tem constituído obstáculo importante para que avanços maiores e mais consistentes sejam conseguidos. Tudo isso redunda em uma sensação de que o SUS talvez não dê certo, apesar de o caminho, ou seja, a municipalização com todos os seus condimentos (atenção integral, eqüidade, controle social etc.), ser unanimemente considerado correto.

Portanto, existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização tendo como foco o município, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e com a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel regulatório, em participar no sentido de gerar ações com capacidade de discriminação positiva, é o caminho para superar as causas que fazem com que o SUS esteja em xeque.

A questão é: se o diagnóstico é correto e as ações a serem encetadas são adequadas, não é suficiente apenas querer realizá-las e tampouco ter vontade política, embora essa seja uma condição *sine qua non*. É ainda necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada. Em outras palavras: o "porquê" se sabe; o "que fazer" se vislumbra e há disposição para tanto; a questão é o "como fazer".

Existe uma série de "comos". Podemos citar, entre outros, informatização, política de RH, mudança do padrão de financiamento e gerenciamento. É sobre este último "como" que este artigo quer debruçar-se.

É necessário criar um novo espaço para gerência (Brasil, 1997). E uma gerência comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de eqüidade.

Nesse momento, em que vem ocorrendo uma importante mudança do modelo assistencial vigente e o deslocamento para a assistência integral e universal à saúde, com o enfoque voltado para a melhoria da qualidade de vida, torna-se necessário repensar qual o tipo de gerente de saúde é adequado para essa nova realidade e como formá-lo.

Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como deve ter uma visão geral do contexto em que essas estão inseridas e um forte compromisso social.

Dentro dessa lógica, deve-se pensar também na necessidade das organizações de saúde (não importando se públicas ou privadas) adaptarem-se a um mercado que vem-se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, onde a noção de cidadania amplia-se dia a dia.

Assim, as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual.

Senge (1990) chama este tipo de organização de *learning organizations*, ou organizações de aprendizagem, e enfatiza que elas devem desenvolver cinco disciplinas consideradas fundamentais para esse processo de aprendizagem e mudança:

- *domínio pessoal* – esclarece quais são as coisas realmente importantes para cada pessoa (seu objetivo pessoal) e como concentrar esforços e desenvolver paciência para alcançá-las;
- *modelos mentais* – são idéias ou imagens profundamente arraigadas que influenciam o comportamento, as atitudes e a maneira como as pessoas encaram o mundo;
- *objetivo comum* – consiste em buscar "imagens do futuro" que promovam um verdadeiro engajamento das pessoas em torno de um objetivo concreto e legítimo, que as leva a se dedicarem e aprenderem por livre e espontânea vontade e não como uma obrigação;
- *aprendizado em grupo* – começa com o diálogo, isto é, com a capacidade de os membros do grupo levantarem idéias preconcebidas e participarem de um "raciocínio em grupo", onde muitas vezes observam-se situações em que a inteligência da equipe supera a inteligência dos indivíduos, desenvolvendo-se a capacidade para ações coordenadas;
- *raciocínio sistêmico* – é a disciplina que integra as outras quatro, fundindo-as num conjunto coerente de teoria e prática; ao reforçar cada uma delas, o raciocínio sistêmico torna mais claro todo o conjunto e mostra as modificações necessárias para melhorá-lo, mostrando que o todo pode ser maior que a soma das suas partes.

O objetivo dos trabalhos de Senge é construir guias de ação que permitam o desenvolvimento da organização de aprendizagem onde as pessoas adquiram uma nova visão do mundo e de sua relação com ele, ampliando sua capacidade criativa e, principalmente, aprendendo a mudar sua realidade, criando um novo futuro.

Na área da saúde pública, existem alguns aspectos específicos que também precisam ser levados em consideração quando se fala no tipo de gerente de saúde necessário. As novas concepções do processo saúde/enfermidade articulam saúde com condições de vida, englobando aspectos como meio ambiente, habitação, educação, justiça social, tecnologia e processos econômicos, entre outros, dando origem a um novo paradigma assistencial, mais voltado para a promoção da saúde e para a ação intersetorial.

Como resultante de todo um processo de mudança do paradigma assistencial, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) estabelece em seu art. 126 que "a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Segundo Mendes (1993:7-19), no espaço do distrito sanitário distinguem-se dois tipos de práticas sanitárias: a atenção à demanda (intervenção pontual que se faz sobre os efeitos dos problemas individuais, autopercebidos) e a vigilância à saúde (voltada para a intervenção sobre os problemas de enfrentamento contínuo, eleitos no âmbito dos grupos populacionais). A vigilância à saúde articula as atividades de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes e atenção curativa, pressupondo para tanto a intersetorialidade das ações.

Para Kliksberg (1989), o profissional capaz de responder a essas (entre outras) demandas deve reunir, pelo menos, as seguintes qualidades:

- *capacidade para manejar a complexidade* – o gerente deve ser capaz de enfrentar situações de incerteza e turbulência, desenvolvendo a capacidade de aprender da própria realidade; deve captar os "sinais" da realidade e interpretá-los adequadamente;
- *orientação para a articulação social* – a participação nos programas não deve ser individual, mas social; o gerente deve estar preparado para atuar como um facilitador de processos que devem surgir dos próprios protagonistas e ser conduzidos por eles;

- *capacidade de negociação* – para operar projetos multinstitucionais, muitas vezes em situações adversas, é preciso saber identificar pontos comuns e resistências, desenhar estratégias de negociação, mobilizar acordos institucionais e estabelecer sistemas de controle de sua implementação, além de ser capaz de fazer acordos com órgãos de outras áreas e com a sociedade civil;
- *gerência na fronteira tecnológica* – a eficiência organizacional está associada com a alta flexibilidade, a capacidade de inovação, a participação e o trabalho em equipe;
- *formação voltada para o compromisso* – o gerente precisa ter comprometimento social e identificação com a democratização, a mudança, o desenvolvimento e as necessidades dos beneficiários dos programas.

Além disso, esse profissional deve ser capaz de "planejar, executar, controlar e avaliar serviços de saúde, sejam eles hospitalares ou não, bem como desenvolver políticas, planos e programas para o setor" (Vecina Neto, 1990).

Não se trata, aqui, de querer encontrar o profissional perfeito, com todas essas e ainda outras qualidades, mas de procurar verificar quais são os conhecimentos e habilidades necessários e a melhor maneira de transmiti-los para formar esse novo profissional, adequado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

É este um dos maiores desafios a serem enfrentados: formar este gerente capaz de transformar a ação organizacional e, ao fazê-lo, mudar seu meio, tornando-o mais eqüitativo.

2. O "como do como"

A partir dessa constatação (necessidade de formar gerentes para o nível municipal), um conjunto de instituições articulou-se para desenvolver uma estratégia que pudesse dar uma resposta ao desafio.

Assim, o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) e o Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NAMH-FSP/USP), com o apoio político do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e o

apoio financeiro do Banco Itaú, desenvolveram um projeto que está em curso neste momento e que é descrito a seguir.

Objetivos

O projeto tem os seguintes objetivos:

- criar uma metodologia e organizar um conjunto de conhecimentos que possam ser aplicados amplamente no desenvolvimento de capacitação gerencial em gestão de ações e serviços de saúde prestados em municípios com mais de 50 mil habitantes;
- apoiar, com fundamento em ações, a implantação do Sistema Único de Saúde, SUS;
- colocar à disposição dos municípios brasileiros um conjunto de manuais (em papel, em meio magnético e através da Internet) voltados para a gestão local de serviços de saúde;
- gerar a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade para interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor saúde.

Através da organização e consolidação de um conjunto de conhecimentos já disponíveis, o projeto criou uma série de manuais que, além das informações, articula as experiências de seus autores, gerando um produto final (inicialmente disponível em papel) capaz de oferecer ao usuário um caminho para seu aprendizado, de forma clara e acessível. Portanto, não se trata simplesmente de um agrupamento de manuais, e sim de um projeto educativo e de capacitação em serviço não-tradicional, destinado a criar e fortalecer habilidades e conhecimentos gerenciais nos funcionários que ocupam postos com responsabilidade administrativa nos serviços locais de saúde.

Metodologia

O processo partiu do pressuposto de que os profissionais que atuam na área gerencial dos serviços de saúde são, em grande parte, oriundos do próprio setor saúde e não possuem formação específica na área gerencial. Contudo, pode-se afirmar que neles existe a consciência de suas responsabilidades profissionais, institucionais e sociais. Esse perfil gera as características do projeto:

- ampla cobertura;
- desenho modular;
- formação em serviço;

- atuação com grupos institucionais;
- promoção simultânea do crescimento individual e institucional;
- ampla responsabilidade de formas de aplicação, desde a proposta por este artigo até a sua auto-aplicação através da Internet ou de meio magnético;
- processo de intervenção organizacional contínuo, sendo a fase representada por esta proposta apenas o primeiro ciclo desencadeador.

Descrição

Optou-se por escrever 12 manuais priorizando a área gerencial, não contemplando temas relacionados com o processo técnico de produção, como assistência farmacêutica, assistência odontológica, assistência de enfermagem, assistência médica e outros. Como característica principal, os manuais reúnem os conhecimentos existentes em cada área específica, cingidos pela experiência prática de seus autores e com o compromisso de descrever o "como fazer". Alguns dos manuais contaram com a colaboração de alunos de pós-graduação, não apenas na fase de elaboração como também nos módulos de treinamento, servindo para os mesmos como uma importante experiência em suas áreas de atuação.

A seguir, estão relacionados os manuais e seus autores e é apresentada uma descrição sucinta de cada um.

- *Distritos sanitários: concepção e organização* – Eurivaldo Sampaio de Almeida, Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Carlos Alberto Lisboa – trata das diretrizes básicas e estratégias de implantação do SUS no município e sua operacionalização, assim como dos papéis dos diversos atores nesse processo.
- *Planejamento e programação* – Francisco Bernardini Tancredi e Susana Rosa Lopez Barrios – conduz o leitor entre os meandros da terminologia, conceitos-chave e práticas de planejamento, oferecendo um instrumental que possa ser utilizado com autonomia pelas equipes municipais de saúde.

- *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde* – Ana Maria Malik e Laura Maria Cesar Schiesari – apresenta a gestão da qualidade como um instrumento para implementar as mudanças propostas na etapa de planejamento, podendo ser adaptada às diferentes realidades onde for aplicada.
- *Mudança organizacional* – Marcos Kisil. Colaboradoras: Tânia Regina Pupo e Camilla Croso Silva – procura estimular o processo de mudança nas organizações de saúde e auxiliar as pessoas envolvidas a melhor entender e atuar nesse processo.
- *Controle e auditoria de serviços e sistemas de saúde* – Gilson Caleman, Marizélia Leão Moreira e Maria Cecília Sanchez – apresenta modelos de gestão da rede física, além de discutir e propor mecanismos de regulação, controle e avaliação das ações de saúde.
- *Sistemas de informação em saúde para municípios* – André de Oliveira Carvalho e Maria Bernadete de Paula Eduardo – serve como um guia prático para o projeto, instrumentação e operacionalização de sistemas de informação, assim como para a avaliação das informações e gerência dos sistemas locais de saúde.
- *Vigilância em saúde pública* – Eliseu Alves Waldman. Colaboradora: Tereza Etsuko da Costa Rosa – mostra os usos da epidemiologia na prática dos serviços de saúde e a evolução conceitual e os aspectos operacionais da vigilância em saúde pública.
- *Vigilância sanitária* – Maria Bernadete de Paula Eduardo. Colaboradora: Isaura Cristina Soares de Miranda – apresenta um conjunto básico de conceitos e ferramentas direcionado à instrumentalização dos agentes responsáveis pela vigilância sanitária no município.
- *Gestão de recursos humanos* – José Carlos da Silva – aborda a questão de forma ampla,

com a intenção de auxiliar os gerentes locais de saúde na tomada de decisão nessa área.

- *Gestão de recursos financeiros* – Bernard François Couttolenc. Colaboradora: Paola Zucchi – tem como objetivo oferecer uma referência prática e adaptada à realidade local para a gestão financeira do SUS no município, instrumentalizando os gerentes dessa área para que possam melhor desempenhar suas tarefas.
- *Gestão de recursos materiais e medicamentos* – Gonzalo Vecina Neto e Wilson Reinhardt Filho – faz uma explanação a respeito de cada uma das funções do sistema de materiais, propondo rotinas para sua operacionalização.
- *Gestão de sistemas de manutenção* – Saide Jorge Calil e Marilda Solon Teixeira Bottesi – orienta o responsável pela equipe de manutenção quanto à importância e à forma de gerenciamento de suas atividades, apresentando sugestões de metodologias que podem ser adaptadas à realidade de cada tipo de estabelecimento de assistência à saúde.

Após a elaboração da primeira versão dos manuais, realizaram-se três seminários para que os mesmos fossem criticados. A partir da indicação do CONASEMS, cinco municípios foram escolhidos para desenvolver esse módulo piloto: Diadema (SP), Betim (MG), Foz do Iguaçu (PR), Fortaleza (CE) e Volta Redonda (RJ).

A proposta da aplicação desenvolveu-se em três momentos:

- primeiro seminário – apresentação, pelo docente, do material produzido e discussões em sala de aula, propondo sua aplicação quando do retorno para o campo;
- segundo seminário (seis semanas após o primeiro) – apresentação, pelos alunos, das dificuldades que tiveram no campo e transformação da sala de aula em um espaço de consultoria e troca de experiências;
- terceiro seminário (seis semanas após o segundo) – momento de avaliação dos avanços obtidos, das limitações, dos conteúdos dos manuais e do processo como um todo.

Os manuais referentes aos temas de planejamento e programação, organização do distrito sanitário, mudança organizacional e qualidade foram aplicados em módulos de quatro dias, com cerca de cinco participantes de cada município, de preferência do nível político-administrativo. Os treinamentos dos manuais operacionais realizaram-se em módulos de três dias, com um máximo de três participantes de cada município.

Esse processo foi extremamente positivo, devido à intensa troca de experiências vividas pelos municípios. Após o término do terceiro seminário, realizado em janeiro de 1998, pode-se dizer que os manuais foram enriquecidos com a colaboração dos 115 participantes dos cinco municípios. Por meio da crítica realizada pelos alunos, também conclui-se que os manuais podem ser utilizados sem haver a necessidade de um módulo didático, porém o segundo módulo é fundamental, em particular se contar com a presença de mais de um município, por permitir a troca de idéias e processos.

Paralelamente ao uso dos manuais, para a gestão de unidades sanitárias de baixa complexidade, propõe-se que seja utilizado do Projeto Gerus, o qual já está testado e aprovado. Para unidades complexas como hospitais, a proposta é continuar utilizando os cursos disponíveis.

Dos cinco municípios, dois deles – Diadema e Foz do Iguaçu – também decidiram aplicar o Gerus, o que se iniciou em março deste ano. Os outros municípios não o fizeram porque já haviam passado por esse treinamento.

Ainda vale a pena registrar que, para o *Manual de Vigilância Sanitária*, dadas suas singulares características, foi realizado um vídeo com seis horas de duração enfocando tanto aspectos teóricos quanto visitas a serviços.

Neste momento, os manuais estão sendo encaminhados para impressão e deverão estar disponíveis a partir de junho deste ano. Simultaneamente, está sendo avaliada a possibilidade de transformá-los em hipertexto e fornecê-los em meios magnéticos e via *Internet*. Há também a possibilidade, ainda em estudo, de realizar vídeos com seis a oito horas sobre a parte mais teórica, para torná-los mais amigáveis.

3. Perspectivas

A cultura organizacional do setor público brasileiro de um modo geral, não estimula a iniciativa e a criatividade de seus trabalhadores. Entretanto, deve-se lembrar que todo processo de mudança implica a necessidade de profissionais não apenas com boa capacitação técnica, mas com liberdade de criação e autonomia de ação. A esse respeito, Carbone (1996) destaca a importância da valorização do "empreendedor do setor público" para que não se corra o risco da paralisia. Entre outras medidas a serem adotadas para tal, ele sugere procurar eliminar ou atenuar o autoritarismo e a burocracia, estimular a participação e o trabalho em equipe, reconhecer atitudes positivas e criar mecanismos de ascensão profissional.

Na área da saúde não deve ser diferente. No contexto em que o SUS navega hoje, o desafio de formar gerentes, em particular para municípios de médio porte em diante (mais de 50 mil habitantes), tem de ser enfrentado de alguma forma.

A universidade (através dos núcleos de saúde pública disseminados em boa parte do país) e as escolas de formação de algumas secretarias de saúde têm uma função vital nesse processo. O material e o processo oferecidos pela experiência relatada vêm preencher uma lacuna que ainda existia, porque os materiais utilizados em tentativas anteriores foram pouco abrangentes nas temáticas abordadas, ficaram restritos à posse dos autores e tiveram uma tímida distribuição, entre outros motivos.

A proposta descrita neste artigo oferece aos núcleos e serviços que dela fizerem uso um instrumental testado de formação de gerentes. O repto agora é utilizá-lo, presente sempre a perspectiva de que o processo de transformação está em marcha e de que o fim ainda não foi alcançado.

Referências bibliográficas

Brasil. *Constituição Federal de 1988*. Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Seminário Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado*. Considerações em torno do tema. Brasília, 1997. (mimeo).

Carbone, P. P. Os heróis do setor público: a teia cultural engolindo o empreendedor. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, 30(3):93-102, maio/jun. 1996.

Guimarães, R. & Tavares, R. (orgs.). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

Kliksberg, Bernardo. *Cómo formar gerentes sociales? Elementos para el diseño de estratégia*s. Revista Internacional de Ciencias Administrativas. Madrid, 55(1):231-47, jan./mar. 1989.

Mendes, E. V.. *A construção social da vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília, Opas, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

_____ (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco, 1995.

_____. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Hucitec, 1996.

Senge, Peter M.. A quinta disciplina. São Paulo, *Best Seller*, 1990.

V**ecina Neto, Gonzalo.** A formação de administradores para o setor saúde: algumas considerações sobre o atual momento brasileiro e a responsabilidade da Universidade. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, 24(4):95-9, ago./out. 1990.



Modalidades Institucionais Propostas pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

*Januário Montone**

A discussão do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado encontra o setor em plena implantação de sua própria reforma que ganhou força com a constitucionalização do SUS a partir de 88, mas que está longe de se completar.

Os quatro pilares do modelo de gestão do SUS – o financiamento compartilhado pelas três esferas de governo, a articulação dos três níveis de gestão, a direção única em cada esfera e o controle social, estão longe de seu ponto ótimo. A responsabilidade e a estabilidade do financiamento do SUS não está definida, em nenhuma das esferas, embora fique claro que a união é a grande financiadora do sistema. Os Conselhos Nacionais dos Secretários Estaduais e dos Secretários Municipais de Saúde articulam de forma competente as posições políticas das respectivas esferas, mas não garantiram, até agora, a efetividade gerencial da Comissão Intergestores Tripartite. A direção única fica freqüentemente comprometida pela desarticulação das três esferas de gestão e o controle social tem sérios problemas de efetividade, mesmo nos 147 municípios que operam ao nível da gestão semi-plena.

O Ministério da Saúde por sua vez não conseguiu construir-se no seu novo papel de gestor da esfera federal do SUS.

Aqui é bom que se diga que sequer o terremoto institucional e cultural representado pela extinção do INAMPS foi convenientemente absorvido. Um avanço inegável no sentido de uma visão sistêmica da saúde, acabando com a dicotomia assistência/ recuperação X promoção/prevenção, a extinção do INAMPS colocou na estrutura de um Ministério da Saúde então com

* Subsecretário de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde. Exposição feita no dia 17 de outubro de 1997, no Seminário "Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado" promovido pelo Ministério da Saúde, Universidade de Brasília e Organização Pan-Americana da Saúde.

pouco mais de 3 mil servidores, voltados para políticas e programas de prevenção e promoção, mais de 120 mil servidores voltados para a assistência à saúde, que em seguida foram estadualizados e municipalizados, sem qualquer política de gerenciamento da transição e sem qualquer amparo efetivo no campo efetivo no campo jurídico-institucional.

É preciso lembrar ainda, que a estrutura do Ministério já tinha sérios problemas de sinergia com seu braço operacional, a Fundação Nacional de Saúde – produto por sua vez da fusão, já por si mesmo complexa, da Fundação SESP e da SUCAM – que entre outras funções, também atuava na assistência à saúde. Esse braço operacional foi profundamente impactado pela Constituição de 88, pela lei 8.666 e pela inclusão de seus quadros funcionais no RJU. Perdeu muito de sua flexibilidade administrativa e gerencial, principalmente quanto à política de recursos humanos. Passou ao largo porém, de todo o processo de descentralização do SUS, mantendo suas estruturas próprias inalteradas.

Quanto à política de recursos humanos, o processo de implantação do SUS está absolutamente incompleto, ao menos quando tomados na visão de descentralização dos servidores federais, a partir da revisão do papel do Ministério da Saúde, que deixa de ser responsável pela execução das ações de saúde.

Não houve um balizamento claro da legislação para a descentralização desse imenso contingente de servidores federais gerando a atual multiplicidade de situações. Hoje, 80% dos quadros do Ministério estão cedidos aos gestores estaduais e municipais do SUS, número que tende a aumentar com a transferência dos hospitais federais e com a aceleração da descentralização da FNS. Apenas para registro, é bom que se diga que a mesma indefinição e vazio jurídico-institucional aconteceu nas questões referentes à transferência de patrimônio e à política de manutenção de instalações e equipamentos.

Os gestores estaduais e municipais vivem o dia-a-dia da duplicidade gerencial e institucional. Pagos pelo Tesouro Nacional, os servidores federais cedidos aos estados e municípios tem seus salários às vezes complementados, estão submetidos ao regime estatutário da união, mas desenvolvem suas ações lado a lado com a força de trabalho dos estados e municípios, submetidos aos seus estatutos próprios. Cada gestor buscou alternativas de tratamento dessa questão, ampliando a complexidade do problema, ao gerar situações de fato diferenciadas para servidores que tem a mesma situação de direito.

Esse amplo processo de transferência desregulamentada, fez com que o gestor federal arquivasse qualquer política de valorização e profissionalização de seus quadros voltados à assistência à saúde, considerados, para todos os efeitos, quadros voltados à assistência à saúde, considerados, para todos os efeitos, quadros em extinção, pois suas atividades – a execução das ações de saúde – são típicas dos estados e municípios. Isso não em decorrência da Reforma do Aparelho do Estado hoje em discussão, mas do próprio modelo adotado pelo SUS.

Em grande parte essa lógica se reproduz nos estados, em relação aos profissionais e serviços típicos do nível local.

Os municípios – e em menor grau os estados – resolvem como podem esses conflitos, mas, em muitos casos, não tem capacidade sequer de reposição desses quadros, que hoje representam 1 bilhão de reais por ano nas despesas de pessoal do Ministério.

Em meio a esse cenário irresolvido, o setor saúde tem que se preparar para os impactos da Reforma do Aparelho do Estado, cuja motivação de requalificar o estado para atender as demandas do cidadão-cliente já foram bastante exploradas nesse seminário.

O Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado propõe uma matriz de aglutinação das atividades hoje desenvolvidas pelo Estado brasileiro em quatro grandes blocos, a partir do qual estabelece o modelo mais adequado de gestão, de propriedade e de financiamento, ficando mais centrado, nesse momento, na reorganização da esfera federal do Estado.

Por essa matriz, são quatro os setores do Estado:

- O Núcleo Estratégico que é o núcleo de governo propriamente dito, onde as decisões estratégicas são tomadas. Define as normas e as políticas públicas e cobra seu cumprimento.
- As Atividades Exclusivas do Estado são aquelas em que este exerce seu poder de regulamentar, fiscalizar ou fomentar.
- As Atividades Não-Exclusivas são aquelas em que o estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas, seja pelo caráter de bem público essencial do seu objeto, seja por seu caráter estratégico do ponto de vista da apropriação social dos ganhos obtidos.

- ❑ A Produção de Bens e Serviços para o Mercado são as atividades típicas de empresas, voltadas para a atividade econômica lucrativa.

Para cada setor são feitas propostas específicas cujos impactos precisam começar a ser avaliados no âmbito do setor saúde e, particularmente, do Ministério da Saúde.

Setor: Núcleo Estratégico

Exemplo no MS: atividades de definição das políticas de saúde e sua avaliação, a gestão do financiamento e seu controle, a gerência dos sistemas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, a articulação das esferas de normatização e de gestão do SUS, a gerência dos programas e dos sistemas de informação e controle;
Forma de Propriedade: estatal;
Forma de Administração: burocrática, aperfeiçoando seus instrumentos no sentido da administração gerencial;
Fonte de Recursos: Tesouro;
Recursos Humanos: serviço público federal e terceirização progressiva das atividades de apoio.

Setor: Atividades Exclusivas

Exemplo no MS: atividades de vigilância sanitária e epidemiológica;
Forma de Propriedade: estatal, mas com autonomia administrativa e gerencial, propondo-se a figura das Agências Executivas como formato jurídico e o contrato de gestão como instrumento;
Forma de Administração: gerencial;
Fonte de Recursos: Tesouro – majoritariamente – e recursos próprios gerados por suas atividades;
Recursos Humanos: serviço público federal, com maior autonomia na delegação de competências acessórias e terceirização progressiva das atividades de apoio.

Setor: Atividades não Exclusivas

Exemplo no MS: as ações de assistência à saúde, controle de endemias e persquisa;
Forma de propriedade: pública não-estatal, através do formato jurídico das Organizações Sociais, que assumiriam as atividades de entidades hoje estatais – como hospitais federais;
Forma de administração: gerencial;
Fonte de Recursos: Tesouro – majoritariamente – e recursos próprios gerados pela prestação de serviçoes e outras fontes;
Recursos Humanos: as Organizações Sociais continuariam a contar com os servidores federais da entidade pública que irá suceder,

como quadro em extinção, e poderá repor e ampliar esse quadro com empregados celetistas; poderá – na medida da disponibilidade de recursos próprios – complementar os salários dos servidores federais para equipará-los aos dos empregados celetistas; mantém-se aqui a tendência de terceirização das atividades de apoio.

Obs.: No caso específico do MS, cabe aqui a transferência das atividades para outras esferas de governo, no processo já previsto no SUS de descentralização das ações de saúde.

Setor: Produção de Bens e Serviços para o Mercado

Exemplo no MS: *apenas para completar o modelo*, vamos raciocinar com a produção de vacinas e medicamentos;
Forma de Propriedade: privada
Forma de Administração: gerencial;
Fonte de Recursos: venda de bens e serviços produzidos
Recursos Humanos: empregados celestistas

Algumas constatações são imediatas:

- O setor de produção de bens e serviços para o mercado não existe no setor saúde, embora nossas áreas produtivas deverão passar a atuar com metas e objetivos mais claros e mensuráveis através de contratos de gestão e deverão ter o mercado privado equivalente como parâmetro de custos e de preços.
- As implicações para a política de RH da criação de Organizações Sociais são muito próximas do atual processo de descentralização, já que teremos aí também uma duplicidade gerencial, salarial e jurídico-institucional, além da progressiva extinção desses quadros no serviço público federal.
- As atividades de apoio tendem a ser terceirizadas, principalmente nos órgãos do setor estratégico e das atividades exclusivas pela dificuldade em compatibilizar suas características como o RJU, mas também nos dois outros setores.

Esse breve esboço já pode servir de base para traçarmos uma agenda mínima dos desafios que deverão ser enfrentados pelo Ministério e pelos demais gestores do SUS na definição e implementação de uma política de Recursos Humanos:

Quanto ao processo de descentralização para implantação definitiva do SUS:

- ❑ desenvolver critérios técnicos e os instrumentos jurídico-institucionais ligados aos mecanismos de cessão, gerenciamento, direitos e deveres dos servidores cedidos;
- ❑ articular e fixar diretrizes mínimas para as políticas de complementação salarial e gerenciamento dos servidores federais, pelos gestores estaduais e municipais, inclusive quanto à questão previdenciária;
- ❑ definir a responsabilidade pelo financiamento da reposição, nos estados e municípios, dos quadros federais em extinção.

Quanto à Reforma do Aparelho do Estado:

- ❑ definição das atividades componentes do Núcleo Estratégico e criação das carreiras correspondentes e sistemas de valorização, profissionalização, participação e desenvolvimento dos servidores;
- ❑ definição das Atividades caracterizadas como Exclusivas, definição de diretrizes quanto à adoção do formato jurídico de Agência Executiva ou de formatos alternativos, criação das carreiras correspondentes e sistemas de valorização, profissionalização, participação e desenvolvimento dos servidores;
- ❑ definição das Atividades caracterizadas como Não Exclusivas, definição de diretrizes quanto à adoção do formato jurídico de Organizações Sociais ou de formatos e processos alternativos, desenvolvimento dos instrumentos jurídico-institucionais e gerenciais necessários e administração do processo de transição e extinção dos quadros próprios voltados a estas atividades;
- ❑ desenvolvimento de uma política de requalificação dos quadros funcionais de apoio administrativo e operacional visando seu melhor aproveitamento e a capacidade de reinserção desses profissionais no mercado de trabalho privado.



A Reforma Regulatória do Trabalho e das Profissões de Saúde: A Política de Recursos Humanos que interessa para as Reformas Setorial e do Estado

*Sábado Nicolau Girardi**

1. Introdução

A questão da reforma das instituições e mecanismos de regulação das relações de trabalho, da educação profissional e do exercício das profissões de saúde ocupam lugar estratégico no elenco das políticas de recursos humanos desde a perspectiva da reforma do setor saúde na reforma do Estado.

A natureza intensiva em trabalho dos serviços de saúde, sua extremada dependência com relação ao trabalho profissional e as decorrentes dificuldades para a adoção de alternativas tecnológicas poupadoras de força de trabalho no setor vinculam, de forma inexorável, as possibilidades de sucesso das reformas setoriais que visem aumentar a eficiência e a resolutividade dos sistemas de saúde à duas espécies interligadas, porém distintas, de capacidades de estado: a capacidade de gestão das relações de trabalho e a capacidade de gestão das relações profissionais de saúde[1]. Pode-se dizer que, nos dias de hoje, são grandes as dificuldades do setor saúde para superar os problemas de governança nos dois âmbitos apontados.

** Médico, Doutorando em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Pesquisador da ESMIG - FUNED e do NESCON - UFMG.*

[1] Desde a perspectiva neoinstitucionalista a gestão das relações de trabalho e das profissões compreenderiam dois âmbitos: um interno ou gerencial e outro - o da gestão propriamente dita - mais voltado para o ambiente. O primeiro âmbito que também poderia ser chamado de microorganizacional corresponde ao espaço em que a gerência adota estratégias de incentivos e sanções para obter a cooperação do trabalho em geral e dos profissionais; o segundo corresponde ao espaço da gestão externa, ambiental ou macro-institucional do sistema das relações de trabalho e do sistema das profissões. Neste, os gestores fazem a negociação coletiva com os sindicatos, as entidades profissionais e o governo e suas agências de regulação do trabalho e das profissões (administração e justiça laborais; Conselhos e Colégios Profissionais com mandato público etc.). Desenvolvo essa perspectiva a partir, principalmente, dos trabalhos de James Wilson (1989), entre outros.

A gerência dos serviços de saúde se encontra relativamente imobilizada pela rigidez de sistemas de relações de trabalho não negociais, centralizados e legalistas[2]. No nível local, os gerentes de serviços de saúde - especialmente os do setor público - são reféns de sistemas de relações laborais que restringem extremamente sua autonomia para a negociação local dos termos contratuais, tendo em vista, por exemplo, a flexibilização das remunerações ou o estabelecimento de mecanismos de incentivo/sanção e pactuação de compromissos condicionados a metas quantitativas ou qualitativas.

No âmbito da gestão setorial macro, os dirigentes governamentais do setor saúde também não participam na negociação dos compromissos coletivos entre gerência - trabalho - governo, seja porque nosso sistema de relações de trabalho não lhes conferem mandatos expressos neste sentido seja pela inexistência, na prática, da própria figura da negociação coletiva. 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. Na verdade, uma melhoria da capacidade de gestão das relações de trabalho possibilitada por uma reforma regulatória dos sistemas de relações de trabalho, equacionaria apenas parte do problema. A forte dependência das instituições e organizações de saúde com relação ao trabalho profissional (Freidson, 1970, 1990; Havighurst,1982; Dussault, 1992; Machado, 1996)[3] e sua peculiar vulnerabilidade às chamadas normas profissionais (Wilson,

---

[2] Sendo mais grave nos serviços públicos a situação também vigora no setor privado. Ver Gacek (1994) para o caso do Brasil; Bronstein (1995), Marshall (1994) e Von Potobski (1995) exploram a questão relativamente a outros países da América Latina.

*3 Uma série de autores têm realçado esse aspecto da dependência dos serviços de saúde com relação aos valores do profissionalismo. De uma perspectiva que valora o profissionalismo como aspecto positivo ver Freidson (1970, The Profession of Medicine; 1990, "The Centrality of Professionalism to Health Care" (Jurimetrics: Journal of Law, Science and Technology, 30, summer 1990, pp- 431-45). Freidson tem insistido na importância do profissionalismo como cimento ético das sociedades contemporâneas. Entre nós, dentro de linha semelhante, ver especialmente Machado (1996, Os Médicos e sua Prática Profissional: as metamorfoses de uma profissão, Tese de Doutoramento, Rio de Janeiro: IUPERJ). Gilles Dussault (1992, "La reglamentación profesional y la producción de servicios de salud". **Educ Med Salud** 26(4): 469-93), a partir do conceito de organizações profissionais de H. Mintzberg, desenvolve a noção para o setor saúde. Para este autor as regulamentações profissionais (e o profissionalismo) podem ser encarados como recurso positivo ou negativo dependendo da sua flexibilidade e sensibilidade à razão pública. De uma perspectiva que realça os malefícios do profissionalismo ver Clark Havighurst (1982, Deregulating the Health Care Industry, Massachussetts: Harper & Row).*

1989)[4] condiciona qualquer estratégia de contenção de custos ou de 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 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.

Além disto, o fato dos profissionais só responderem parcialmente aos incentivos organizacionais ou gerenciais internos, dado à sua fidelidade preferencial ao sistema das profissões, coloca fortemente a questão do desiderato da melhoria dos serviços de saúde na capacidade de gestão das profissões. Conquistar a cooperação dos profissionais exige, assim, para além da reforma da regulação do trabalho, um esforço no sentido da construção de capacidade institucional de gestão sobre o sistema das profissões do setor. O sistema de regulação profissional vigente no Brasil oferece, conforme veremos adiante, baixas margens de governança profissional aos dirigentes setoriais da saúde. 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 .

Uma questão que está fora da visibilidade dos gestores da política sanitára ...

Parecendo evidente a associação entre as perspectivas de sucesso das reforma do setor saúde e a reforma dos regimes de regulação do trabalho e de regulação profissional, era de esperar que

[4] A noção de norma profissional a tomo de James Wilson (1989, Bureaucracy: what government agencies do and why they do it. Basic Books, pp. 59 a 65). Para este autor, a característica distintiva do comportamento profissional dentro de uma organização é a fidelidade às normas da profissão, o "espírito de corpo". Em caso de conflito de racionalidades ou interesses (e.g, entre a profissão e a organização empregadora; a profissão e o cliente ou a profissão e o interesse individual do lucro), conduz-se como "profissional" aquele que prioriza a fidelidade ao corpo profissional.

tais questões tivessem lugar de destaque nos documentos doutrinários das reformas administrativas setoriais e figurassem nas agendas das autoridades responsáveis pelo encaminhamento destas reformas. Não se passa, como sabemos, nem uma coisa nem outra. Estando ausentes dos textos da(s) reforma (s) estas questões não figuram como prioridade nas agendas das autoridades governamentais da saúde nem como problema de ação direta nem, sequer, como problema de coordenação com outras esferas de governo.

É preciso tentar compreender esse aparente paradoxo. Por que sendo tão importante para o sucesso das reformas da saúde o tema da reforma regulatória da força de trabalho tem baixa visibilidade para a gestão governamental do setor?

Uma hipótese articularia visibilidade e autonomia de ação. Quanto menor a autonomia de ação sobre a questão menor seria a sua visibilidade. A falta de autonomia decisória do gestor governamental da saúde sobre as questões da regulação profissional (tanto no que diz respeito ao exercício quanto à educação) e da regulação do trabalho - temas da alçada de outros Ministérios ou Secretarias de Governo - tornariam, no momento da ação, tais questões opacas - mesmo que no momento da reflexão tais questões pudessem ter grande visibilidade[5]. De fato, os Ministros e Secretários de Saúde não têm mandatos para a definição das políticas para estas áreas, que constituem jurisdições de outros setores de governo. A regulação profissional, via de regra, é encarada como assunto das próprias profissões, enquanto que a regulação do trabalho e a regulação educativa, competem, respectivamente às administração do trabalho e à administração da educação. Assim sendo, estaríamos vinculando, *hipoteticamente,* o problema da visibilidade das reformas do trabalho e da regulação profissional para as autoridades sanitárias ao problema da autonomia decisória. O caso da província de Ontario, no Canadá, onde o Ministério da Saúde adquiriu mandato público para a regulação profissional na área da saúde no atual processo de reforma regulatória do setor, representaria um caso a merecer maior detalhamento.

... vista pela ótica das elites reformistas do Estado

Constituiria um certo alento se na oportunidade da discussão de reformas mais amplas, como no caso dos debates sobre a Reforma do Estado, a questão das especificidades da regulação profissional/ regulação do trabalho aparecessem. Apesar da questão da regulação

[5] *No momento explicativo, dentro do jargão do planejamento estratégico. Aliás, nessa linguagem, a maior ou menor visibilidade estaria associada à questão da governabilidade.*

do trabalho, conforme todos sabem, ocupar o centro da agenda reformista do governo - seja como ação pontual de re-regulação, seja de forma mais decisiva como omissão regulatória ou des-regulamentação - ninguém se ocupa da reforma da regulação profissional. De fato, se nos guiamos pelos documentos oficiais do governo em matéria de reforma do Estado, fica-se com essa impressão. Parece que a regulação profissional não tem importância para merecer um capítulo especial nos documentos que propugnam as estratégias reformistas. E este, parece, é um "defeito de origem". Se tomarmos o conjunto dos documentos oficiais sobre reforma administrativa lançados durante toda a era de Vargas - os regimes de regulação profissional e das relações de trabalho ainda hoje vigentes no Brasil tiveram sua fundação e principais traços arquitetônicos aí construídos - pouco ou nada vamos encontrar que se refira especificamente à regulação profissional. E o mesmo pode ser dito se seguirmos a trajetória das doutrinas de reforma administrativa durante o período desenvolvimentista e quando passamos daí para as reformas do período autoritário recente[6].

Uma razão para esta aparentemente baixa visibilidade do tema da regulação profissional para as elites reformistas do Estado poderia ser atribuída ao fato de que os problemas mais gerais da regulação das relações de trabalho, aqueles econômica e politicamente mais aparentes, tenham prioridade e englobem o tema da regulação das profissões. Um outro fator que, acreditamos, contribui para explicar o fenômeno é o fato do *main stream* da economia do trabalho (e também da sociologia do trabalho), até muito pouco tempo atrás, terem considerado as profissões e o profissionalismo apenas como emergências do mundo do trabalho, distinções antes de grau e complexidade que de natureza ou substância, não requerendo a regulação profissional tratamento especial[7].

... duas realidades institucionais distintas

A aparente "miopia" das doutrinas das reformas administrativas brasileiras para distinguir a regulação profissional da regulação do trabalho em geral não impediu que se assistisse ao longo dos últimos cinqüenta anos do presente século a dois processos completamente distintos de edificação institucional e construção de *capacidade administrativa* e de *capacidade de estado* nos setores das profissões e do trabalho.

---

[6] Especialmente sobre a era Vargas ver Beatriz M. S. Wahrlich (1983, Reforma Administrativa na Era de Vargas, Rio de Janeiro:FGV).

[7] Isto é verdade tanto para o marxismo como para as interpretações estruturalistas e sistêmicas das relações industriais.

Desde os anos da revolução de trinta promulgou-se no país extensa matéria legislativa nos campos da regulação do trabalho e da regulação profissional. Além disto, foram formatadas no período as principais organizações que, juntamente com tal legislação, constituem o arcabouço institucional que ainda hoje regula as relações de trabalho e o exercício das profissões no país[8].

Ao final desse processo se ergueram em nosso país dois aparatos institucionais pragmaticamente muito distintos:

(i) o aparato institucional do sistema geral das relações de trabalho, constituído pela legislação constitucional e ordinária do trabalho, pelas leis e estatutos regulamentadoras do trabalho no setor público, pelas estruturas do *Estado no Trabalho* (especialmente a justiça do trabalho e a administração do trabalho), pelos sindicatos de empregados e empregadores, pelos contratos individuais e coletivos de trabalho etc.

Trata-se de um sistema legalista e estatutário que releva a "lei" e a norma escrita em detrimento da negociação e do entendimento (voltarei a este ponto mais à frente). A Consolidação das Leis do Trabalho, nosso código trabalhista, é a principal fonte de "regras" disciplinadoras da relação de trabalho para a economia privada e parte substantiva do emprego público. As negociações, acordos e contratos coletivos de trabalho independentes apresentam-se de forma complementar ao estatuto legal (Pastore, 1994). A despeito de consideráveis alterações, a Constituição de 1988 manteve relativamente intacta a base de sustentação desse modelo corporativista de regulação das relações de trabalho: a unicidade sindical; composição de conflitos via judiciário trabalhista, o imposto sindical compulsório etc.

(ii) o aparato institucional de auto-regulação profissional, constituído pelas leis de exercício profissional, pelos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional, pelos Códigos de Ética Profissionais e pela formação universitária.

---

[8] A matriz do sistema de relações de trabalho brasileiro corresponde ao decreto 19770 de 1931 cujas características centrais, ademais do "legalismo", são a unicidade sindical, o monopólio de representação, o enquadramento por "categoria" profissional e econômica e o imposto sindical compulsório. Com relação à regulação profissional, além das leis de regulamentação do exercício de profissões liberais, são criadas as organizações de auto-regulação profissional. A Ordem dos Advogados do Brasil foi instituída em 1931 e o Conselho Profissional dos Engenheiros e Arquitetos criado em 1933 e nos anos quarenta já proliferavam petições de extensão das autarquias corporativas a outras categorias de profissões "liberais", a exemplo dos médicos.

Pode-se dizer, com o risco da omissão de algum aspecto importante, que nosso modelo de regulação profissional se baseia nos seguintes elementos: (a) a delegação de autoridade pública para fiscalização e controle da prática profissional aos Conselhos Profissionais, constituídos para tanto como agentes do interesse público; (b) a assignação de campos exclusivos ou monopólios de prática, através de Leis de Exercício Profissional, às profissões regulamentadas; (c) a formação universitária dos profissionais e o controle dos fluxos de entrada de profissionais nos mercados de trabalho principalmente a partir de oportunidades oferecidas pelo sistema educacional fortemente controlado pelo estado, mas progressivamente penetrado pelos interesses privados lucrativos que exploram o setor educacional; (d) a regulação heterônoma dos salários, do emprego e das condições de trabalho dos profissionais que têm vínculos de trabalho assalariado pelos empregadores e estruturas gerais do sistema das relações de trabalho - regulamentação por leis do trabalho na economia privada e pública, negociação através de estruturas sindicais autorizadas, intermediação da negociação e solução de conflitos através de aparelhos estatais de administração e justiça do trabalho etc.; (e) relativamente baixo número de ocupações auxiliares e técnicas regulamentadas devido ao elitismo do modelo; (f) centralização da oferta de regulamentação profissional no legislativo federal.

As duas primeiras peças do modelo, relacionadas à questão dos direitos de prática, poderiam ser caracterizadas como instituições de auto-regulação profissional (ou de regulação por pares). As duas últimas, relacionadas respectivamente aos processos de formação e credenciamento profissional e utilização de sua força de trabalho, se caracterizariam pela maior presença de elementos de hetero-regulação ou de regulação externa às profissões. As Leis de Exercício que asseguram direito exclusivo ou monopólios de prática são uma forma de controle *ex ante* de competências atribuídas, ao passo que os Conselhos Profissionais, instituídos como agência para fiscalização do exercício representariam formas de controle *ex post* dessas competências. Ambas estas formas institucionais de auto-regulação ou da regulação de pares foram instituídas sob a *rationale* da proteção do público. Os primeiros, criados principalmente a partir dos anos cinqüenta, foram instituídos como serviços de fiscalização de profissões regulamentadas, na forma de autarquias corporativas. As leis de exercício conferindo campos exclusivos de práticas para profissões "liberais" regulamentadas antecederam, na prática, à criação dos Conselhos,

generalizando-se ainda nos anos trinta. a instituição da auto-regulação se justifica pela combinação de fatores como alta complexidade técnico-científica, elevados graus de esoterismo, altos níveis de periculosidade para o público e dificuldade de julgamento da atividade pela clientela (Freidson, 1994:165). A auto-regulação se revelaria como a maneira mais efetiva de proteção de um público informado em níveis sub-ótimos contra a ação perigosa de profissionais incompetentes, provedores inescrupulosos e praticantes não-autorizados.

2. Demandas de Reformas Institucionais

Atualmente, os arranjos constitutivos de ambos os aparatos institucionais encontram-se sob alguma forma escrutínio público. Analisemos com algum detalhe o teor e a origem das demandas de mudança em cada uma das arenas regulatórias.

2.1. As Demandas de Flexibilização do Trabalho

O sistema das relações de trabalho é criticado por ser excessivamente rígido e legalista. Os arranjos institucionais de defesa e proteção social do trabalho, ou seja, a regulação corporativa do trabalho, diz-se, impõe uma carga adicional de custos às empresas. Resultado final, ademais de aumentar as fileiras do mercado informal de trabalho e reduzir as receitas estatais que seriam destinadas para a provisão de bens públicos, atravancar a competitividade de nossa economia diante da ampliação das franquias à concorrência internacional decorrentes da globalização.

A metáfora da flexibilização do trabalho penetra hoje todos cenários microinstitucionais e é parte constitutiva do sistema de crenças da gerência de nossas organizações. Da mesma forma, a flexibilidade constitui elemento praticamente obrigatório dos discursos que propugnam por reformas macro-setoriais.

Na prática dos diversos países que a praticaram há que se distinguir, entretanto, entre diversos tipos de flexibilização. De maneira bastante esquemática pode-se dizer que os países que possuíam sistemas institucionais de relações de trabalho tradicionalmente fortes e centralizados responderam aos desafios do aumento da concorrência internacional de forma mais negociada. Quer dizer, optaram por processos de flexibilização do trabalho com maior participação dos trabalhadores e mais respeito aos direitos laborais adquiridos. Ao contrário, nos países de tradição de negociação descentralizada o ajuste tendeu a ser unilateral e os sindicatos, seus

aliados políticos e suportes institucionais tenderam a assumir uma postura mais defensiva [9]. Apesar dessas nuances entre países, a adoção de estratégias eficientistas de re-regulação e a desregulamentação das relações de trabalho tem levado a alguns resultados mais ou menos comuns a todos, entre os quais vale a pena destacar:

- o aumento do pessoal temporário externo fornecido por *outsourcing* (o que aqui no Brasil chamamos de terceirização);
- o desemprego crescente, inclusive entre executivos e profissionais de meia idade ou chegando na terceira;
- a diminuição do núcleo dos empregos estáveis e bem pagos;
- o crescimento da sensação de inutilidade do trabalho;
- o aumento da precariedade e da *exclusão social*.

Eficiência & Participação na fórmula mista da ***governança organizacional.***

Devido a esses problemas diversos autores (Kochan,1995; Bowles e Gintis, 1993; entre outros), têm questionado a efetividade das opções eficientistas de flexibilização pelo problema da chamada *governança* organizacional. Estes autores asseguram que a busca da eficiência *"a qualquer custo"* retira a possibilidade do engajamento participativo dos trabalhadores, condição necessária dos esquemas de produção de qualidade. Em ambientes de rápidos câmbios tecnológicos e constantes mudanças nas relações de emprego (quer dizer, sob regimes mais flexíveis de mercado de trabalho) é crucial para as organizações tomar em conta os interesses dos trabalhadores. Piore, Kochan e Locke (1995) asseguram que esta é a única condição que pode sustentar a necessária adoção das estratégias de mudança de rumo nas empresas para fazer frente às exigências de qualidade e competitividade decorrentes da globalização. Assim, em nome da *governança* tem-se falado em buscar um *trade off* entre eficiência e participação nos processos

[9] *ver Richard Locke e cols (1995). "Reconceptualizing Comparative Industrial Relations: Lessons from International Research"., **International Labour Review.**, Vol 134, n.2, pp 139-162.*

de flexibilização dos sistemas de relações de trabalho ao invés de se colocar em prática, como no passado recente, uma agenda de pura desregulamentação. Qualifica-se, portanto, uma espécie "civilizada" de flexibilidade.

2.2. As Demandas de Reforma da Regulação das Profissões

O regime institucional de regulação profissional também se encontra sob escrutínio. As pressões de mudança se originam desde diversos pontos.

A opinião pública**,** mais informada e valorizada no contexto da democratização, demanda a reforma regulatória. Através da mídia e de parte da literatura especializada que pretende representá-la, 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 entre clientes e profissionais e questões de erro profissional e má-prática[10]. Nos anos recentes vários grupos de pessoas que se consideram vítimas de erros médicos, por exemplo, se organizaram em diversas cidades do país. Alguns desses grupos, como o AVERMES ("Vítimas de Erros Médicos"), criado no Rio de Janeiro em 1991, dão orientação Jurídica para os indivíduos que se consideram vítimas de erros médicos[11]. Em geral, estes grupos formulam demandas de maior participação pública na regulação profissional.

---

[10] *É bastante extensa para ser citada aqui a literatura internacional a respeito. Algumas obras constituem clássicos: Milton Friedman (1962) e George Stigler (1975) na literatura crítica de escopo econômico; Eliot Freidson (1970) na literatura sociológica; mas talvez seja Ivan Illich (1976) o autor que, através da noção de "tirania profissional", tenha colocado com mais radicalidade o problema do ponto de vista do interesse público. No Brasil, Silver (1992)fez um levantamento dos processos éticos e de má-prática e das ações disciplinares contra médicos envolvidos em casos éticos entre 1985 e 1991. Conforme a autora, baseando-se nesses dados "não pode ser dito que os Conselhos estejam agindo, de nenhuma maneira, para proteger o público nem mesmo nos casos mais extremos de incompetência médica...". Os médicos brasileiros seriam muito pouco punidos por seus abusos quando comparados aos médicos de outros países. A taxa de ações disciplinares severas tomadas contra médicos no período estudado foi de 2.8 ações contra cada 1000 médicos praticantes nos EUA contra 0.04 ações contra cada médico no caso do Brasil. Citando entrevista com uma representante do CFM, relata a autora que os grupos de consumidores têm reclamado amargamente quanto à morosidade e à parcialidade (em favor dos médicos) no encaminhamento dos processos que envolvem conflitos entre médicos e pacientes (cf. Lynn Dee Silver, 1992,* Quality Assurance *in* Health Care: Issues *in* Health Care Delivery and Finance in Brazil*. World Bank, (mimeo, 83 pp), p. 45.*

[11] *Ver* "Brasil: A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90", *Relatório do Banco Mundial, 1995, p.133.*

Um crescente número de ocupações ou profissões "menores" na área da saúde, queixam-se do elitismo e da relativa impermeabilidade do sistema de regulação profissional com relação às demandas das ocupações de menor prestígio social e poder econômico. Apelam geralmente para a igualdade de oportunidades nos mercados de trabalho, por justiça entre as profissões (o caso das fisioterapeutas e enfermeiras).

Profissões auto-reguladas e de muito estabelecidas e legitimadas pela sociedade - como a medicina, a odontologia e a farmácia 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[12].

Administradores e gerentes de serviços de saúde 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

---

[12] Me refiro em especial ao Brasil, onde 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 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 charlatania profissional (referindo-se aos práticos). Nestes três casos tratam-se, ao nosso ver, de demandas de ampliação de jurisdição da auto-regulação profissional (conforme entrevistas com as Consultorias Jurídicas dos Conselhos Federais de Medicina (CFM) e Farmácia (CFF) em setembro de 1994 e com o secretário executivo do Conselho Federal de Odontologia em outubro de 1995.

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.

O próprio governo ressente de uma gestão governamental ineficaz sobre as profissões. A inexistência de uma instância de coordenação da política pública para as profissões tem sido evidenciada nas negociações sobre a formação de mercados de serviços profissionais unificados no âmbito do Mercosul. Este problema de coordenação é inerente às formas de regulação autárquicas que conforme Luhman (1980) se caracterizam por altos graus de ingovernabilidade em função de sua natureza e tendências anti-sistêmicas. Em recente ocasião argumentamos que a solução desse problema de coordenação das formas autárquicas exigiam um duplo movimento "(i) transitar da forma autárquica para a forma autônoma; (ii) instituir uma espécie de Bureau ou Agência de Regulação Profissional, na forma de *agência estatal autônoma*, que se encarregasse da coordenação das políticas de regulação profissional[13]. Pode-se dizer que o primeiro passo já foi dado. Em outubro de 1997 o governo federal, através de medida provisória, revogou a natureza autárquica dos Conselhos Profissionais transformando-os em órgãos de direito privado autônomos.

3. Múltiplas Demandas: Dilemas de Regulação

Conforme se pode ver as pressões sobre o atual regime de regulação do trabalho e de auto-regulação profissional partem de distintas origens e expressam expectativas e demandas muito diversificadas em substância. Em alguns casos o que se demanda é regulação, como acontece com as ocupações não regulamentadas; em outros se demanda re-regulação, como é o caso das demandas de expansão da jurisdição da auto-regulação profissional e das demandas de coordenação política do sistema; e em outros casos ainda o que se quer é desregulação, como acontece em parte das demandas de eficientização gerencial.

Mesmo que todas essas expectativas possam ter em comum, *prima facie*, um certo apelo à razão e ao interesse públicos, uma análise mais profunda identifica razões e interesses particulares a cada um dos diversos grupos de atores e níveis do sistema que as

[13] *Girardi, SN:* Elementos para uma Agenda de Reforma do Sistema de Regulação das Profissões de Saúde no Brasil, ***Seminário "Regulação Profissional e Reforma do Estado",*** *ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Junho de 1997; mimeo, 15pp.*

formulam. E a questão básica que se coloca é que não se tratam de expectativas convergentes. O que se observa, em muitos casos, são demandas rivais e no limite incompatíveis. A título de exemplo, a demanda por expansão da jurisdição da auto-regulação profissional apresenta incompatibilidade com as demandas de desregulação e flexibilização gerencial. De um lado, se reivindica maiores poderes para a própria profissão se regular e regular o seu entorno; de outro, se reivindica maior poder para a gerência decidir sobre a assignação de tarefas no local de trabalho às expensas de uma maior delimitação dos monopólios profissionais de prática. Esse também é o caso das demandas para incorporação do critério da justiça ocupacional ou da igualdade de oportunidades entre profissões que também contrastam com as demandas gerenciais de desregulação e flexibilização. E assim por diante...

Essa situação de multiplicidade e rivalidade de demandas tende a se colocar como problema para as instâncias responsáveis pela oferta de regulações sobre o campo profissional. O sistema legislativo bem como as agências estatais de regulação profissional e entidades com *status* de autoridade pública atribuída para a regulação profissional (como os Conselhos Profissionais) freqüentemente se vêem embaraçados diante de demandas absolutamente legítimas e "justas" porém concorrentes e, no limite, incompatíveis. Quais os critérios devem ser adotados para avaliar e decidir sobre o deferimento ou indeferimento dos pleitos realizados nas arenas da regulação profissional? Existem critérios objetivos e imparciais, de aplicação universal e incondicional, que possam ser chamados para apoiar a tomada de decisão das políticas de regulação profissional? Como proceder em casos de pleitos igualmente legítimos e justificáveis porém incompatíveis e excludentes?

4. A reforma regulatória das profissões e do trabalho no contexto das Reformas Institucionais

As trajetórias das reformas dos institutos da regulação do trabalho e das profissões de saúde se colocam dentro de um contexto mais geral que demarca a estrutura de limites e possibilidades para a articulação, negociação e a resolução das demandas de mudanças. Três trajetórias ou tendências dominantes observáveis no atual contexto de transição histórica (Claus Offe, 1998) pareceriam determinar as opções básicas para a articulação e negociação de demandas bem como para o desenho de novas instituições societais no campo.

O Contexto de Transição Histórica

No plano econômico, o tema da interdependência global ou da globalização e a condição de intensificação das conexões transnacionais, como a formação de blocos regionais, constituiria o elemento de contexto determinante das novas demandas bem como das engenharias institucionais e organizacionais de maior viabilidade no campo da regulação do trabalho e das profissões. Louis Orzack (1992) explora as maneiras pelas quais o crescimento da influência das autoridades internacionais e dos vínculos entre as economias nacionais altera as estruturas nacionais de regulação das profissões impondo seu redesenho. Conforme este autor, para além do crescimento da participação de corporações multinacionais nos mercados profissionais, as novas instituições ou autoridades supranacionais do regime internacional - a exemplo das Comissões Internacionais dos Parlamentos Comuns, das Câmaras Especiais dos mercados comuns regionais (MCE, NAFTA, MERCOSUL), dos organismos do sistema das Nações Unidas, dos organismos financeiros internacionais etc. - constituem hoje elementos significativos que agem "sobre o ambiente dentro do qual as profissões existem, dos quais obtém suporte ou recebem desafios, e através dos quais elas agem reagem" (Orzack, 1992:43). No plano cultural, a mudança nas mentalidades representada pelo multiculturalismo, pelo aumento dos movimentos migratórios internacionais e a nova hegemonia das "políticas da diferença" constituiriam importantíssimos fatores de contexto a determinar maior viabilidade para a articulação e negociação principalmente das demandas de grupos profissionais minoritários ou das chamadas "profissões menores" . Finalmente, no plano político, a chamada "transição para as democracias" constituiria o terceiro e mais importante fator de contexto no cenário da regulação profissional e do trabalho (Huntington, 1991). Os direitos de igual participação política; a garantia de direitos civis, humanos e políticos; a responsabilização das elites governantes e sobretudo a vigência das "regras" básicas do voto em eleições periódicas e da interdição do veto às vitórias oposicionistas, características básicas das democracias, condicionam tanto o tipo e formas de negociação de demandas feitas pelos atores sociais e econômicos (como os diversos grupos profissionais e provedores de serviços) ao estado como as legítimas respostas do estado a essas demandas.

O Contexto Nacional das Reformas

No plano do estado nacional e do processo de formulação das políticas sociais é preciso notar a concomitância dessas demandas de mudança na regulação profissional e do trabalho com outras dinâmicas reformistas em curso. Vivemos sob a égide de múltiplas reformas institucionais, todas elas vinculadas àquelas determinações do regime internacional apontadas. Reforma educacional, Reforma Laboral, Reforma do Emprego Público, Reforma da Previdência Social, Reforma Administrativa do Estado e, sobretudo, Reforma da Saúde. Apesar das especificidades de cada uma dessas reformas existe um ponto comum entre elas: a direcionalidade de conjunto que se lhes quer imprimir:

(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, da oferta definida pelas agências centrais dos governos;

(ii) o apelo à eficiência, quer dizer, a preferência por arranjos que otimizam a relação custo/benefício em detrimento, por exemplo, de arranjos beneficistas que não se importam tanto com esse tipo de equação e representaram opções do passado para aquelas regiões ou zonas da economia caracterizadas pela existência de falhas de mercado ou para a produção de bens públicos;

(iii) o apelo à flexibilidade, quer dizer, a preferência por arranjos substituíveis, modulares, adaptáveis, temporários etc. Em detrimento de arranjos institucionais de maior durabilidade temporal e com maiores "obstáculos" para ajustes mais imediatos.

Pode-se dizer que estes elementos de direcionalidade também funcionam como fortes balizamentos para as opções básicas mais possíveis em termos do redesenho institucional, das estratégias de *re* regulação e de desregulação nos terrenos do trabalho e das profissões.

O Contexto mais Específico da Reforma Administrativa

A questão mais específica da reforma administrativa do Estado talvez merecesse menção especial como elemento de contexto pelo fato de ela determinar a viabilidade da experimentação de algumas "formas institucionais" como desejáveis ou mais adequadas bem como vetar ou eliminar outras. É importante lembrar, antes de mais nada, que desde a perspectiva analítica que vimos adotando as instituições modificam as estruturas de oportunidades de uma maneira geral e formatam o espaço para o desenvolvimento mais concreto das organizações[14]. Entre nós, a discussão sobre a necessidade de redefinição do papel do Estado e das estruturas institucionais básicas da regulação social e econômica – onde poderíamos incluir a questão da reforma da regulação profissional - tem-se colocado intensamente a partir da segunda metade dos anos oitenta e esteve "colada" em seus inícios na identificação de uma dupla crise: (i) a crise fiscal e financeira definida pela perda do crédito e pelos níveis negativos de poupança pública e pela crise da dívida externa; (ii) a crise do modo de intervenção burocrático e planejador-interventor no qual o estado concentrava e centralizava funções e a operação da administração é caracterizada pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentações. Um terceiro elemento mais explicitamente político da crise foi colocado pela transição que nosso país fez em direção à democracia representativa. Este último fator apontou para a necessidade da superação das vias procedimentais não democráticas na condução das escolhas políticas e institucionais públicas mas de forma um tanto paradoxal coincidiu, como alguns autores assinalam com uma certa ironia, com o enfraquecimento do movimento sindical. Quatro princípios têm sido apontados como "balizas" para o processo da reforma do Estado brasileiro: (i) a orientação da ordem econômica para os mercados garantindo a concorrência interna e criando condições para a competição internacional; (ii) a reforma da previdência e dos serviços públicos bem como a inovação dos instrumentos de políticas públicas e sociais; (iii) a reforma administrativa do estado, com vistas a torná-lo mais ajustado e fortalecido em seu papel de regulação e coordenação das políticas públicas (ademais das funções mais típicas de governo aqui se incluem ações em torno à re-regulação do trabalho, da saúde, das profissões, da educação etc.); (iv) a necessidade da institucionalização de mecanismos procedimentais

[14] *Cf North (1993).*

de negociação democrática entre governo e oposições, do fortalecimento das instituições da sociedade civil e do fortalecimento dos mecanismos de aferição e aperfeiçoamento da opinião pública na condução das políticas públicas. Observe-se de saída que nem sempre se tratam de princípios de fácil compatibilização ocorrendo com muita freqüência situações de disputa com a necessidade de estabelecimento de permutas ou de mecanismos de negociação política.

No Brasil, a proposta governamental de reforma administrativa do estado distingue quatro setores básicos no Aparelho de Estado: (i) o núcleo estratégico; (ii) o setor de atividades exclusivas do Estado; (iii) o setor de serviços competitivos; e (iv) o setor de produção de bens e serviços para o mercado. A definição desses quatro setores de ação do Estado, como tipos ideais, pressupõe uma espécie de divisão de trabalho num *continuum* entre Estado e Mercado. A idéia é que a participação do Estado decresceria de I para IV, enquanto que a participação do Mercado decresceria de IV para I. Nesse *continuum*, a racionalidade política, mensurada pela meta intermediária da *efetividade*, funcionaria em escala decrescente de I para IV; ao passo que a racionalidade econômica, mensurada pela meta intermediária da *eficiência*, atuaria em escala decrescente de IV para I. Cada um desses setores do aparelho de Estado seria caracterizado por formas organizativas (e.g. órgãos e departamentos burocráticos da administração direta; agências executivas autônomas e agências reguladoras; organizações autônomas e ou sociais; empresas etc.), relações de propriedade (estatal, pública não-estatal, privada) e estilos administrativos ou sistemas de gestão (burocrático, gerencial) mais ou menos próprios e, inclusive, determinantes de sua classificação e *status* no modelo proposto.

Nesse modelo, ao setor estratégico caberia apenas a propriedade estatal e o formato da administração direta, da burocracia estatal propriamente dita. O setor de atividades exclusivas e indelegáveis do estado, onde se insere em sua maior parte as atividades do financiamento do Estado, da Informação e da Regulação, reclamaria também propriedade estatal mas no formato institucional da agência executiva ou da agência de regulação. Para os setores sociais competitivos como educação e saúde, entre outros, nos aspectos de provisão, se reservariam formas de propriedade e gerência mais flexíveis como é o caso das organizações sociais e organizações autônomas. É importante ter em mente que neste novo modelo proposto os formatos jurídico-

organizacionais autárquico e fundacionais públicos são considerados inadequados em função de apresentarem simultaneamente problemas de governança e flexibilidade. Nesse sentido, se propõe que estas formas institucionais transitem, de acordo com o caso, para uma das duas novas formas institucionais propostas: as agências autônomas (reguladoras e executivas) ou as organizações sociais. Em linhas gerais, fundações públicas ou autarquias que atualmente prestam, por exemplo, serviços de saúde ou serviços educacionais, transitariam, "idealmente", na direção da forma institucional organizações sociais ao passo que aquelas autarquias e fundações que executam atividades de regulação transitariam para a forma institucional agência autônoma.

Quais os formatos institucionais seriam, nesse contexto, mais adequados para a regulação profissional e para a regulação do trabalho é a pergunta que cabe então ser feita.

4. Algumas hipóteses à guisa de conclusão

Algumas hipóteses poderiam ser colocadas a partir dessa discussão:

- as respostas do estado (tanto no plano legislativo quanto no executivo) à multiplicidade de demandas rivais realizadas na arena da regulação profissional e do trabalho deverão refletir um balanço entre os princípios de proteção do público, igualdade de tratamento interprofissional, justiça na relação de trabalho, eficiência e coordenação política, condições determinadas pelo contexto de democratização e globalização da economia. No âmbito do executivo, a hipótese da formação de uma agência para a regulação profissional, que poderia (ou não) estar dentro de uma agência que acumulasse outras funções regulatórias (como a vigilância sanitária, de medicamentos etc.) não se descarta. Entre as funções atribuídas a tal agência estaria a questão da coordenação da política do estado para as profissões e a coordenação estatal dos Conselhos de Fiscalização das Profissões tornados entes autônomos da sociedade civil. No âmbito do legislativo, o crescimento das demandas de

regulação/desregulação etc. No campo das profissões também parece exigir um tratamento mais sistemático das questões de regulação profissional por corpos mais especializados.

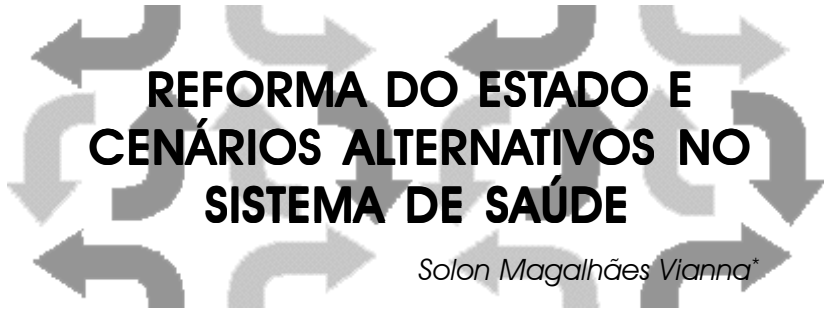
- a globalização econômica e o crescimento da influência das autoridades internacionais sobre os campos setorial da saúde e do exercício das profissões (a exemplo dos organismos intergovernamentais como Banco Mundial e BID, OMS/OPS, OIT; das corporações transnacionais; dos mercados comuns regionais como o NAFTA, o MCE, o MERCOSUR e seus organismos etc.) funcionam como fatores de padronização e flexibilização dos formatos institucionais de regulação das profissões;
- as reformas setorial e do Estado, direcionadas para a demanda e para os mercados e o conseqüente crescimento das preocupações gerenciais com custos, qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde, são fatores de aumento da visibilidade da questão da regulação profissional e do trabalho e pressionam em favor do abrandamento dos tipos de regulação profissional (formas e processos de regulações menos restritivas e até mesmo desregulação) e da flexibilização do modelo institucional de regulação, através do estabelecimento da representação mais ampla dos interesses envolvidos;
- o surgimento de novas tecnologias propedêuticas e terapêuticas no setor saúde e a decorrente criação de novas especializações, contribui para o aumento das demandas e maior restritividade da regulação ocupacional em saúde ;
- a articulação de novos grupos de interesse vinculados ao exercício das profissões de saúde e ao trabalho ou, de forma mais genérica, o crescimento da organização de interesses no setor das ocupações e profissões de saúde, são fatores que jogam em favor do aumento da demanda por novas regulações profissionais e ocupacionais, do surgimento de regulações mais restritivas e da defesa

de sistemas institucionais de auto-regulação profissional;

- os distintos atores que participam da arena da regulação profissional e laboral na área da saúde formulam demandas diversas e no limite incompatíveis: profissões de saúde estabelecidas reclamam expansão de jurisdição da auto-regulação; ocupações não regulamentadas reclamam justiça entre as ocupações e igualdade de participação nos mercados de trabalho; gerentes de serviços e gestores públicos demandam regulações mais flexíveis em nome da eficiência e maiores margens de governança profissional; o público demanda maior controle sobre as profissões;

- a multiplicidade e a diversidade das demandas realizadas pelos diversos atores que participam do processo regulatório e a inexistência de critérios objetivos, imparciais e de aplicação incondicional que pudessem ser chamados para arbitrar sobre demandas rivais, num contexto de democratização, aponta para a necessidade da busca de soluções "negociadas" e para a instituição de "contrapesos" no sistema regulatório no sentido de atender demandas legítimas. Aumenta a preferência dos agentes ofertantes de regulação pela adoção de estratégias tipo *mix regulatório* na orientação dos processos de reforma da regulação profissional;

- o contexto de transição histórica, marcado (i) pela globalização e expansão da influência de autoridades do regime internacional, (ii) pela transição política para as democracias e pela legitimidade crescente das políticas da diferença; (iii) pela reforma das estruturas do estado, condiciona as demandas e a oferta de regulações profissionais bem como indica as formas institucionais de regulação mais viáveis.



REFORMA DO ESTADO E CENÁRIOS ALTERNATIVOS NO SISTEMA DE SAÚDE

*Solon Magalhães Vianna**

A sucessão de tantas mudanças políticas, econômicas e sociais em todo o mundo, sem que estrategistas, cientistas políticos e futurólogos em geral as tenham antecipado, dá bem a medida das dificuldades e limitações das análises prospectivas. A queda do muro de Berlim, com a reunificação das duas Alemanhas, o esfacelamento da URSS e o fim do regime comunista, e até mesmo, como querem alguns, o começo do fim das ideologias, são alguns fatos importantes que parecem ter escapado a predição dos analistas. (VIANNA, S. M.., 1990)

Mas a ausência de previsões, e, em particular, o fracasso de muitas, não são causa de desalento. Ao contrário. No *"âmbito das ciências políticas a previsão é feita para errar"*. Na verdade, uma previsão política é tão mais eficaz quanto mais ela for ouvida nas instâncias decisórias, permitindo a antecipação de decisões e provocando mudanças de comportamento e, conseqüentemente, o fracasso da previsão (FIORI, J. L., 1990). É com a consciência desse papel das previsões que os cenários para a questão saúde no Brasil devem ser examinados.

Dois pressupostos são comuns aos três cenários relativos ao processo de implantação do SUS a seguir examinados. O primeiro é o caráter duradouro da mudança de paradigma que ocorre no mundo inteiro e que já chegou, como é notório, no Brasil. Dizendo de outra forma, o projeto liberal inaugurado no Governo Collor *"veio claramente para ficar"*(FIORI, *op. cit.*, p. 235). As oposições podem não gostar e, como é do seu papel, estarão denunciando o que identificarem como excesso, falácia ou distorção do projeto. Mas, a crítica mesmo quando procedente, não tem disfarçado a ausência de projeto alternativo viável.

O segundo pressuposto é que os princípios e diretrizes constitucionais básicos que regem o SUS (C. F., Art. 196, 197 e 198) permanecem como a imagem-objetiva a ser perseguida na medida em que representam inequívoca aspiração social. Isto significa

** Livre Docente, ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES).*

reconhecer que as atuais vicissitudes do sistema público não está nos seus princípios e diretrizes que o orientam, mas na estratégias de implantação.

Nesse contexto, um cenário **otimista** tem como traço marcante, a preservação do modelo SUS não como ele é hoje, na prática, mas na concepção originalmente desenhada. O modelo, a rigor, não é totalmente incompatível, com os propósitos liberais pelo menos na forma como tais propósitos vêm sendo vocalizados. Até mesmo o mais ortodoxo dos conservadores, não ousaria propor o afastamento do estado da função saúde, ainda que tenda a sobrevalorizar a responsabilidade *"das pessoas , da família, das empresas e da sociedade"*, de resto já prevista na legislação (Lei 8080/90, Art. 2°, § 2°). Nem se oporia à universalização e à igualdade do direito de acesso aos serviços providos, direta ou indiretamente, pelo estado, ainda que se mantenha arraigado a defesa do chamado (i) "*pacote básico*" como alternativa à integralidade da assistência assegurada pela Constituição (C. F. Art. 198, II), (ii) do co-pagamento em lugar da gratuidade geral e irrestrita (Lei nº 8080/90, Art. 43), e a (iii) limitação do papel do estado ao financiamento e à regulação, retirando-lhe, por conseguinte, a responsabilidade com a prestação direta de serviços de saúde.

Nesse cenário otimista, o processo de descentralização estará consolidado na(s) primeira(s) década(s) do milênio. Isto quer dizer que a quase totalidade da população brasileira estará sendo atendida em sistemas locais de saúde geridos pelas municipalidades, individualmente ou em parceria com outras (consórcio de municípios). Os governos estaduais assumiriam a gestão de alguns serviços de referência sempre que não houvesse escala para a municipalização ou não fosse possível a organização de consórcios.

A autonomia político-administrativa das unidades federadas permitirá a adoção de formas diferenciadas de remuneração dos serviços, ampliação da terceirização (e/ou concessão) de serviços, bem como amplo pluralismo no modelo assistencial, respeitados os princípios e diretrizes constitucionais do sistema único. A autonomia estender-se-á à gestão de unidades operacionais (hospitais etc..).

Com o fortalecimento da capacidade regulatória e de gestão do estado, todas as unidades federadas disporão de planos diretores de investimentos que balizarão a expansão da oferta de serviços tanto pública quanto privada.

O Ministério da Saúde desobrigado da gerência da assistência médica, hospitalar, sanitária e da prestação direta de serviços, estará

concentrado nas funções de alcance nacional que incluem, basicamente, a monitoria e coordenação geral do SUS, a operação do componente federal dos sistemas nacional de vigilância sanitária e epidemiológica, a regulação no que seja de competência federal (incorporação de tecnologia, licenciamento de medicamentos e outros produtos, modalidades privadas de assistência à saúde, definição de centros de referência nacional etc.). Sua estrutura organizacional estará substancialmente reduzida em relação ao tamanho atual e seus quadros completamente profissionalizados com carreira(s) específica(s) em regime de dedicação exclusiva.

A participação social transcenderá os mecanismos atuais (Conselhos estaduais e municipais de saúde). Os estabelecimentos de saúde, públicos mas não necessariamente estatais, serão dirigidos - sobretudo os de maior porte -, por "*boards*" de composição paritária governo/sociedade, e seus membros serão pessoas de comprovada competência em administração pública ou privada. O controle social alcançará também outras situações como, por exemplo, os sistemas de doação e transplantes de órgãos e os conselhos profissionais.

O gasto nacional (público e privado) com saúde crescerá acima da inflação, pressionado pelo envelhecimento da população, aumento da cobertura e a incorporação de novas tecnologias, sobretudo na esfera pública. A melhoria da qualidade e a ampliação da cobertura do sistema público, levará a estabilização relativa das despesas pessoais com saúde. A despeito de descentralizado, o sistema de saúde continuará sendo parcialmente financiado pelo governo federal com vistas a correção de desigualdades.

Em um cenário **intermediário**, o Ministério da Saúde continuará gerindo a assistência médico-hospitalar, mas de forma um pouco menos intensa e direta que a atual, pois vários estados terão assumido, também nesse campo, o papel hoje desempenhado pelo MS. O número de municípios responsável pela gestão integral do sistema local de saúde crescerá substancialmente, mas a insegurança quanto as transferências federais inibirá grande número deles a assumir modalidades mais avançadas de gestão autônoma dos seus sistemas de saúde.

Os planos diretores de investimentos estaduais serão restritos ao SUS; a expansão da capacidade instalada privada permanecerá orientada pelo mercado sem maior regulação estatal. As diferentes modalidades supletivas de assistência à saúde terão se expandido, embora em ritmo mais lento do que nos anos noventa. O crescimento do setor privado será devido fundamentalmente a:

- melhoria, pouco significativa, da qualidade dos serviços do SUS, particularmente em relação a aspectos mais valorizados pelos pacientes (conforto, presteza e atendimento personalizado);
- aumento do número de empresas, sobretudo entre os portes médio e pequeno, que passarão a oferecer algum tipo de assistência médica como *fringe benefit* aos seus empregados;
- maior diversificação dos produtos oferecidos pelos planos;
- consolidação da tendência de segmentação do mercado entre o setor público e o setor privado, com o primeiro concentrando-se nas áreas em que apresenta maiores vantagens comparativas e/ou nos serviços e clientelas excluídos da demanda absorvida pelos *planos* de saúde privados ou naqueles onde o setor privado tenha pouca tradição, experiência ou interesse. É o caso dos grandes serviços de emergência, programas claramente identificados como *bens públicos* como o controle de endemias e o atendimento de idosos, crônicos e pobres.
- aumento de renda da população e vigência de legislação protegendo os usuários da medicina supletiva o que atrairá parte da demanda atualmente reprimida pela falta de regulação adequada aos seus interesses.

O gasto público tenderá a estabilização, mas o gasto nacional com saúde crescerá compensado pelo aumento das despesas pessoais e das empresas. A participação relativa da União no gasto público manter-se-á estável. O financiamento da descentralização manterá a concepção atual, embora com transferências globais (*match grants*), mas não automáticas.

A participação social alcançará a quase totalidade das municipalidades, mas a maioria dos conselhos municipais de saúde ainda não estará cumprindo integralmente o papel idealizado. Políticas de recursos humanos que incentivem a produtividade e minimizem o absenteísmo e o conflito de interesses (dupla militância), só terão sucesso em alguns dos municípios que assumiram a gestão integral do SUS local.

O cenário **pessimista** seria de manutenção ou mesmo de algum retrocesso em relação ao quadro atual. O número de novos municípios responsáveis pela gestão integral do sistema local de saúde e o de consórcios em efetivo funcionamento crescerá pouco.

As incertezas nos financiamentos oriundas da irregularidade dos repasses estaduais e federais, além de inibir novas adesões a formas mais autônomas de gestão local, poderá ensejar desistências de municipalidades já incluídas nessas modalidades.

O componente privado do gasto nacional com saúde será majoritário em decorrência do aumento das despesas pessoais para atender demandas não satisfeitas pelo SUS e como resultado do crescimento dos custos dos serviços públicos e privados, para o consumidor final tendo como principais causas:

- incorporação não regulada de novas tecnologias;
- métodos anacrônicos de gestão no setor público; (falta de autonomia, política de recursos humanos inadequada, perpetuando situações de conflito de interesses, descentralização incompleta, etc.);
- aumento da oferta da capacidade instalada privada com finalidade lucrativa e do contingente de profissionais de saúde, sobretudo médicos e dentistas;
- generalização do seguro contra indenizações por erro médico;
- ausência de competição causada pela cartelização e pela proibição da presença de capital externo no setor;
- predominância das empresas comerciais na oferta de hospitais, clínicas e serviços de complementação diagnóstica e a incorporação da mesma lógica empresarial pelas entidades filantrópicas.

O financiamento público não sofrerá alterações importantes, mantida a hegemonia federal. A ausência de mecanismos adequados que garantam repasses automáticos e regulares para financiar estados e municípios inibirá o crescimento dos aportes estaduais e municipais. Com a consolidação da forma atual de financiamento da descentralização do SUS, o governo federal continuará sob pressão permanente por mais recursos, por parte de estados municípios e do setor privado.

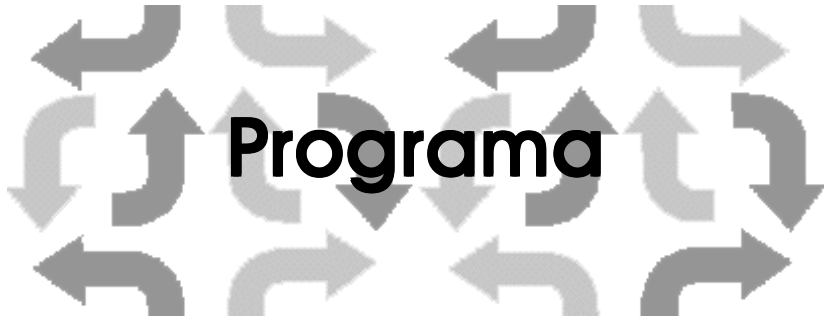
A manutenção da cultura das soluções uniformes de alcance nacional, não estimulará o aparecimento de iniciativas estaduais e locais originais e criativas. O efeito demonstração das experiências bem sucedidas de gestão local remanescentes, não terá força suficiente para estimular o aparecimento de outras em escala significativa.

Salvo em alguns projetos localizados, a administração pública do setor continuará pouco profissional. O papel regulador do estado continuará frágil com pouca diferença positiva significativa em relação ao quadro atual.

Bibliografia

FIORI, José; Luís - Caos e Crise: A Saúde no Fim do Século. - *Anais do 1° Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Campinas 2 a 6 de setembro de 1990, p. 235).

VIANNA, S. M. - Política, Economia e Saúde: Perspectivas para os Anos 90. *Anais do 1° Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990, p. 224).



Programa

1° DIA – 15/10/97 – QUARTA-FEIRA

9:00 - ABERTURA

Cid Pimentel
Secretário Adjunto de Projetos Especiais de Saúde
Representando o Ministro da Saúde

Cláudia Costin
Ministra Interina da Administração e Reforma do Estado

Eleutério Rodriguez Neto
Diretor do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
Representando o Reitor da Universidade de Brasília

Armando Scavino
Representante da OPAS no Brasil

José Paranaguá de Santana
Coordenador do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS – Representação do Brasil

Roberto Passos Nogueira
Coordenador-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS – MS/SPES/CGDRH/SUS

10:00 às 10:15 – INTERVALO

1º DIA – 15/10/97 – QUARTA-FEIRA (cont.)

10:15 às 11:30 - REFORMA DO ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS NO CENÁRIO DA AMÉRICA LATINA

Coordenador:

Cid Pimentel
Secretário Adjunto de Projetos Especiais de Saúde/MS
Eduardo Palma
Especialista Convidado - Chile
Ernesto Aldo Isuani
Especialista Convidado - Argentina
Benício Vieiro Schmidt
Professor da Universidade de Brasília - UnB
Cláudia Maria Costin
Secretária Executiva do Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE

11:30 às 12:30 – DEBATES

14:30 às 16:00 - **GESTÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO**

- ❑ Transformações no Aparelho do Estado, decorrentes da diretriz de descentralização.
- ❑ Participação da comunidade no controle social de políticas públicas de saúde na visão do gestor.

Coordenador:

Álvaro Antônio Melo Machado
Secretário de Políticas de Saúde e Avaliação/MS
Gilson Cantarino
Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS
Eugênio Vilaça Mendes
Professor Visitante Escola de Saúde de Minas Gerais
ESMIG da SES/MG

Célia Almeida
Pesquisadora Titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde – ENSP/FIOCRUZ/MS
Sólon Magalhães Vianna
Consultor do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA/MPO

16:00 às 16:15 – INTERVALO
16:15 às 18:00 – DEBATES

2º DIA – 16/10/97 – QUINTA-FEIRA

8:30 às 10:00 - PANORAMA DO TRABALHO

- ❑ Perspectivas na América Latina.
- ❑ Análise da situação do trabalho e empregos.
- ❑ Dinâmica da reorganização e prestação de serviços de saúde: tendências e perspectivas do mercado de trabalho.
- ❑ Modalidades de contratação e gestão do trabalho em saúde no Brasil.

Coordenador:

Mozart de Abreu e Lima
Consultor de Políticas de Saúde – OPAS/Brasil
Adolfo Costa Araújo Rocha Furtado
Assessor Legislativo da Câmara dos Deputados
Sábado Nicolau Girardi
Pesquisador do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição – NESCON/UFMG
Gonzalo Vecina Neto
Diretor Executivo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

10:00 às 10:15 – INTERVALO
10:15 às 12:00 – DEBATES

14:00 às 15:45 - REGULAÇÃO DO TRABALHO E CONTROLE SOCIAL

- ❑ Regulação das profissões, das relações de trabalho e da formação de recursos humanos de saúde.
- ❑ Participação da comunidade no controle social de Políticas Públicas de Saúde: a experiência dos Conselhos de Saúde.

Coordenador:

José Carlos Seixas
Superintendente da SUCEN – SES/SP
Hésio Cordeiro
Presidente do Conselho Nacional de Educação/MEC
Maria Auxiliadora Córdoba Christófaro
Grupo de Especialistas de Ensino de Enfermagem - MEC
Maria Helena Machado
Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde do Depto. de Adm. e Planej. em Saúde – ENSP/FIOCRUZ/MS
Nelson Rodrigues dos Santos
Coordenador-Geral do Conselho Nacional de Saúde – MS

15:30 às 15:45 – INTERVALO
15:45 às 18:00 – DEBATES

3º DIA – 17/10/97 – SEXTA-FEIRA

8:30 às 10:00 - GESTÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO

- ❑ Flexibilidade das relações de trabalho, com vistas a melhoria na qualidade dos serviços.

Coordenador:

Eleutério Rodriguez Neto
Diretor do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM/UnB
Ana Maria Malik
Diretora Adjunta do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Serviços de Saúde – PROHASA/FGV
Francisco Eduardo Campos
Coordenador do Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva e Nutrição – NESCON/UFMG
Marcos Mandelli
Assessor-Chefe de Planejamento – FIOCRUZ/MS
Eliane Cruz
Secretária de Assuntos Municipais do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde de São Paulo – CNTSS/CUT
Pedro Ribeiro Barbosa
Coordenador da CONCURD/ENSP/FIOCRUZ/MS
Roberto Passos Nogueira
Coordenador-Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS – CGDRH/SUS/SPES/MS

10:00 às 10:15 – INTERVALO

3º DIA – 17/10/97 – SEXTA-FEIRA (cont.)

10:15 às 12:00 – DEBATES

14:00 às 15:30 - GESTÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA REFORMA DO ESTADO

- ❑ Gestão Participativa: bases doutrinário-jurídicas e experiências inovadoras em curso.
- ❑ Participação do trabalhador: a perspectiva do movimento sindical.
- ❑ Modalidades organizativo-institucionais propostas pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

Coordenador:

José Paranaguá de Santana
Coordenador do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos – OPAS/Brasil
Arlete Avelar Sampaio
Vice-Governadora do Distrito Federal
Januário Montone
Subsecretário de Assuntos Administrativos - MS
David Braga Júnior
Diretor de Planejamento e Gestão da SMS/Campinas
Jocélio Henrique Drumond
Secretário de Relações Internacionais da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS/CUT
Guido Ivan de Carvalho
Advogado – Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA - Campinas

15:30 às 15:45 – INTERVALO

15:45 às 18:00 – DEBATES

18:00 – ENCERRAMENTO



Créditos

Coordenação Geral

Roberto Passos Nogueira
MS/SPES/CGDRH/SUS

Eleutério Rodriguez Neto
UnB/CEAM

José Paranaguá de Santana
OPAS - Representação no Brasil

EQUIPE DE APOIO TÉCNICO A ELABORAÇÃO DO PROJETO

Márcia Luz da Motta
David Braga Júnior
Zuleide do Valle Oliveira Ramos
Sábado Nicolau Girardi

ORGANIZAÇÃO GERAL DO SEMINÁRIO

Coordenação:

Rosimeira Maria Peres Andrade
Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Ana Maria Freire de Medeiros
Angela Freitas Grandi
Cláudia Maria da Silva Marques
Edésia Ribeiro dos Santos
Elizabeth Silva Souza Furtado
Eugênia Belém Calazans Coelho
Geraldo Caetano Gonçalves
Izildinha Aparecida Rosa
Jaira de Medeiros Belizário
Jorde Francisco de Souza
Márcia Luz da Motta
Maria Bernadete Rocha Moreira
Nerinês Soares Accioly
Patrícia dos Santos
Regina Gonçalves Lins

FOMENTO

Programa de Apoio à Formação de Recursos Humanos
para o Desenvolvimento da Reforma do Estado
– Ação Conjunta CAPES, CNPq, FINEP e MARE –

APOIO

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

UnB – CESPE
Centro de Seleção e Promoção de Eventos

RELATÓRIO

Organização – Zuleide do Valle Oliveira Ramos

Redação (Mesas) – Hugo Fernandes Júnior

Revisão – Maria Bernadete Rocha Moreira

Revisão Ortográfica – Jorde Francisco de Souza

Digitação – Neri Accioly e Regina Gonçalves Lins

Projeto Gráfico e Diagramação – Neri Accioly

Capa – Neri Accioly

Impressão/Acabamento
Coordenação de Processo Gráfico/Editorial/CGSG/SAA/SE/MS
SIA Trecho 4, lotes 540/610
fo0nes: 233-2020/233-1774 fax: 233-9558
CEP: 71.200-040/Brasília-DF