

MINISTÉRIO DA SAÚDE

RH ***SUS***

**Sinais de Mercado e Regulação
Institucional do Trabalho em Saúde
no Brasil dos anos 90**

Sábado Nicolau Girardi

Colaboração

Mariângela Leal Cherchiglia

Cristiana Leite Carvalho

**SECRETARIA EXECUTIVA
COORDENAÇÃO GERAL DE DESENVOLVIMENTO DE
RECURSOS HUMANOS PARA O SUS**

© 1996, Ministério da Saúde

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

Tiragem: 1.000 exemplares

Edição: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS

ESTUDOS DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE é uma publicação de periodicidade irregular.

CORRESPONDÊNCIA: Apresentação de comentários ou propostas de artigos originais ou de revisão, enviar para:

Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos/SUS

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco "G" - 3º andar - sala 329

70058-900 - Brasília - DF - Brasil

Telefone: (061) 315-2891/315-2890

Fax: (061) 315-2862

Impresso com recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD - Projeto BRA/90-032 - Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde - Projeto Nordeste - Acordo de Empréstimo BIRD 3135/BR

Diagramação: Neri Soares Accioly

Impresso no Brasil - Printed in Brazil

ISBN: 85-334-0125-6

FICHA CATALOGRÁFICA

Girardi, Sábado Nicolau.

R.H. : SUS : sinais de mercado e regulação institucional do trabalho em saúde no Brasil dos anos 90 / Sábado Nicolau Girardi; colaboração Mariângela Leal Cherchiglia, Cristiana Leite Carvalho. _ Brasília : Ministério da Saúde, 1996.

135 p.

1. Saúde - Recursos Humanos. I. Cherchiglia, Mariângela Leal. II. Carvalho, Cristiana Leite. III. Título.

Sumário

Apresentação	3
Introdução	5
I. Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde	7
1. A dinâmica do emprego e salários no setor saúde no Brasil nos anos 1990: A análise com base no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED	7
Os aspectos gerais do comportamento do Emprego Setorial	7
Emprego e Salários de Categorias Profissionais da Saúde	10
Remuneração dos admitidos por faixa de salário mínimo	13
Empregos Gerados e Gênero	16
Gênero e Salários	17
Admissões por faixa etária	20
Admissões por escolaridade	20
Sinais para uma aproximação à questão da rotatividade de pessoal na área da saúde	21
2. Dinâmica do emprego e salários no setor saúde no Brasil dos anos 1990: A análise com base na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)	23
Os dados gerais do emprego e da força de trabalho no Brasil	23
O emprego e os salários de categorias da saúde pelos anuários da RAIS 1990 e 1991	24
O emprego por grupos ocupacionais: Uma aproximação ao mercado de trabalho em saúde	25
Empregos e rendimentos	26
Empregos e composição por gênero	27
Rendimentos e gênero	28
Concentração de rendimentos	29
Sinais da variação dos rendimentos por Região	30
Rotatividade e sazonalidade do emprego em saúde	31
3. Os sinais do mercado educativo em saúde: Indicadores de mercado futuro das profissões de saúde (?)	33
Aspectos gerais	33
Sistema de Ensino Superior da Saúde: Dominância privada (?)	35
A variação na demanda por cursos de graduação em saúde	36
Os sinais do mercado educativo em saúde propriamente ditos	38
Índices de inscritos no vestibular e relação candidatos-vagas	38
Índices de afastamentos e desistências	39
Índices anuais de diplomados e concluintes	40
II. Aspectos da Regulação Institucional das Profissões e das Relações de Trabalho no Setor Saúde.	41
1. Aspectos Conceituais e Metodológicos	41
Aspectos Conceituais Básicos	41
Procedimentos metodológicos básicos	42
Aspectos da regulação das relações de trabalho	43
O sistema das relações de trabalho no Brasil	44
As relações de trabalho na Constituição de 1988	45
As demandas por mudanças na regulação do trabalho no setor público: O panorama internacional e o caso brasileiro	46
Os pontos centrais da agenda das reformas	47
As normas do regime internacional	48
Alguns exemplos latino-americanos	52

As relações de trabalho no setor público no Brasil	53
Algumas notas à guisa de conclusão: O caso brasileiro	58
2. Regulação das relações de trabalho no setor saúde: Sistemas de remuneração	69
Balço entre vantagens e desvantagens dos Sistemas de Remuneração	70
Formas de remuneração do trabalho no setor saúde e a remuneração do trabalho médico	72
Pagamento por Produtos-Resultados	73
Pagamento por Tempo X Pagamento por Resultado: Alguns Prós e Contras	74
Pagamento por Tempo X Pagamento por Resultado: Implicações Extra-Econômicas	78
Formas de remuneração do trabalho médico nos países da OECD	
Estados Unidos	79
Alemanha	81
Canadá	82
Japão	82
França	82
Inglaterra	83
3 . Aspectos da regulação institucional das profissões de saúde	85
3.1 A regulamentação das profissões	85
Sobre a regulação das especialidades médicas: Um breve panorama das Américas	103
3.2 Aspectos da agenda dos Conselhos Profissionais	107
O caso dos Assistentes Sociais	108
O caso dos Farmacêuticos	111
O caso dos Fonoaudiólogos	115
O caso dos Médicos	120
3.3. As demandas por regulamentação profissional na arena do sistema legislativo	125
Relação das entrevistas utilizadas nos boxes do Relatório	132
Bibliografia	133

Apresentação

A publicação do presente relatório de consultoria sobre "Sinais de Mercado e Regulação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil dos anos 90", dá sequência a uma das linhas de atuação da Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos para o SUS, no cumprimento de sua missão de promover a realização e divulgação de estudos de interesse para os atores do processo de regulação da educação e do trabalho em saúde.

O autor do estudo, Sábado Nicolau Girardi, é médico com especialização em Medicina Social pela UFMG, integra o quadro de consultores do NESCON/UFMG e da ESMIG/FUNED/Secretaria de Saúde de Minas Gerais e foi residente do Programa de Saúde Internacional da OPAS/OMS em Washington. Sua atuação nos campos da investigação e docência em recursos humanos de saúde tem contribuído sobremaneira para o desenvolvimento científico e para a formação de quadros técnicos dessa área.

O enfoque de análise orientado a partir do conceito de sinais de mercado aplicado ao campo de recursos humanos de saúde, representa contribuição inovadora e de grande poder interpretativo para os fenômenos que se desdobram nesse amplo e complexo campo teórico e prático. A utilização de fontes como o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) permitiram trabalhar com informações as mais atualizadas e de grande sensibilidade para o estudo da dinâmica do emprego e da renda do trabalho no setor saúde. A mesma observação se aplica ao caso da abordagem do "mercado futuro" das profissões de Saúde, onde o autor utilizou as estatísticas mais recentes do sistema de ensino superior (SEEC/MEC). Isso explica, em parte, o sabor de atualidade das análises e conclusões que o documento apresenta. Na verdade, utilização das informações adequadas e significativas é apenas o aspecto mais aparente, por trás do que se revela uma consistente base conceitual de análise e interpretação, centrada na teoria da regulação aplicada ao estudo da formação e do comportamento das profissões e das relações de trabalho no setor saúde.

O momento de edição deste trabalho não poderia ser mais apropriado, quando está em curso o processo de intitucionalização da Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS quanto à Política de Recursos Humanos de Saúde. Com certeza, os elementos de informação, análise e interpretação aqui apresentados serão de grande valia para os dirigentes e técnicos das intituições de saúde, bem como para todos os interessados nas questões da saúde pública brasileira.

Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos para o SUS

Introdução

Este estudo foi encomendado ao autor pela Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde, com vistas a subsidiar os trabalhos da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para a Saúde do Conselho Nacional de Saúde.

A idéia básica que inspirou sua execução foi a do trabalho com "sinais de mercado". Assim buscamos recolher os principais sinais emitidos pelos segmentos mais representativos do mercado de trabalho na área da saúde nos anos noventa no Brasil e traçar alguns dos elementos fundamentais que caracterizam o entorno institucional que condiciona as políticas de recursos humanos neste setor. Priorizamos, neste sentido, os elementos da regulação institucional do sistema das relações de trabalho e do sistema das profissões de saúde.

Se alguns dos elementos recolhidos revelarem-se úteis para subsidiar a elaboração de tópicos específicos da vastíssima agenda da ação governamental necessária para o campo dos Recursos Humanos em Saúde o trabalho terá cumprido parte de sua finalidade.

O trabalho está composto em duas partes básicas. Na primeira parte, procuramos descrever os sinais dos mercados de trabalho em saúde nesta primeira metade dos anos noventa. Três capítulos por assim dizer, constituem a Parte I: dois deles sobre a dinâmica ocupacional e salarial do setor, baseados, respectivamente, na análise dos dados da Lei 4923/65 (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) e na análise dos dados setoriais fornecidos pelas RAIS (relação anual de informações sociais). O terceiro capítulo descreve aspectos do mercado educativo e sinais do mercado futuro das profissões. A Parte II do relatório discute aspectos da regulação institucional das profissões e do sistema das relações de trabalho no Brasil. Concentramos esforços no sentido de apontar para as mudanças recentes destes sistemas. Esta parte contém um capítulo sobre relações de trabalho, na qual, entre outros aspectos, analisamos a questão da negociação coletiva no setor público, no plano internacional e no Brasil; um capítulo sobre sistemas

de remuneração do trabalho. E três capítulos sobre a regulação profissional. Estes três últimos têm como foco, respectivamente, a questão da regulamentação profissional; a análise da agenda de atores do sistema das profissões e uma descrição das demandas por regulamentação profissional efetuadas no âmbito do sistema legislativo nacional nas décadas recentes.

Não descreveremos os detalhes da metodologia dos estudos neste relatório, vez que eles se encontram suficientemente detalhados nos dois relatórios parciais que antecederam este Relatório Final.

Alguns agradecimentos são necessários às pessoas e organizações que viabilizaram este trabalho. À Joana Azevedo da Silva e Maria Alice Lipparelli Tironi, agradeço pelo decidido apoio durante todo o percurso de realização do trabalho. Este agradecimento deve ser estendido a todo o pessoal técnico e administrativo da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde do Brasil. Agradecemos também à Secretaria de Políticas de Emprego e Salário do Ministério do Trabalho, especialmente à sua Coordenadora, Vera Marina Martins Alves, e à Dilma Silva Peixoto, que, fornecendo-nos as tabulações da Lei 4923/65 e da RAIS, propiciaram as informações necessárias sobre empregos e salários.

Por fim, agradecemos a Roberto Passos Nogueira, que gentilmente cedeu-nos algumas das entrevistas com os Conselhos Profissionais utilizados no estudo.

I. Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde

1. A dinâmica do emprego e salários no setor saúde no Brasil nos anos 1990: A análise com base no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED²

A análise da dinâmica do emprego e salários com base no CAGED toma em conta apenas o segmento celetista dos mercados de trabalho em saúde. Ela pode ser feita a partir de dois recortes básicos: o recorte de setor e o recorte dos grupos ocupacionais de saúde. No primeiro caso toma-se o comportamento geral da ocupação com vínculo celetista no setor de estabelecimentos assistenciais de saúde. Estes consistem de estabelecimentos médico-hospitalares (hospitais, clínicas, policlínicas, etc); estabelecimentos de serviços odontológicos e estabelecimentos veterinários. No caso do recorte por grupos ocupacionais toma-se para análise categorias de profissionais de saúde selecionadas sem se tomar em conta se a ocupação está referida apenas ao setor dos estabelecimentos de saúde. Quer dizer, neste caso, pode ser que o emprego de uma categoria profissional de saúde (por exemplo médicos) esteja referido a estabelecimento assistencial de saúde ou outro tipo qualquer de estabelecimento (ex: administração pública).

Os aspectos gerais do comportamento do Emprego Setorial

A primeira metade dos anos noventa foi marcada pelo aumento da participação dos serviços assistenciais de saúde na demanda efetiva por empregos no segmento formal celetista da economia brasileira. Em dezembro de 1994 o setor saúde respondia por aproximadamente 2,32% do total dos contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

²Os 5.990 estabelecimentos assistenciais de saúde (serviços médico-hospitalares, odontológicos e veterinários) que responderam ao sistema CAGED/Lei 4923 do MTb em junho de 1994 contabilizavam 516.913 empregos CLT a nível nacional. O índice de concentração de empregos por estabelecimento de saúde nesse mês era de 86,3, em média. O número médio de admissões mensais foi de 13.205 trabalhadores, para este ano. A média anual de admissões foi de 27,9 trabalhadores por estabelecimento de saúde em 1993. Mensalmente foram admitidos, em 1993 e 1994, cerca de 2,3 trabalhadores por estabelecimento (consultar os quadros e tabelas anexas para maiores detalhes).

existentes na economia brasileira³. Entre 1989 e 1994, o emprego CLT cresceu aproximadamente 2% ao ano, no setor saúde, enquanto que para o conjunto da economia observou-se uma variação negativa de -1,28% ao ano, com uma perda total de cerca de 1,5 milhões de empregos. A melhor performance empregatícia do setor saúde, comparada ao conjunto da economia, resultou em um aumento de sua participação relativa de 1,97% para 2,32% no segmento celetista do emprego nacional.

Tabela 1

Brasil: Evolução do estoque de empregos CLT 1989-1994.

Atividade Econômica	Jul 1989	Jul 1994	% Inc. Geom. Anual
Serviços Médicos (a)	467329	516913	2,04
Serviços Odontológicos (b)	8733	7872	- 2,05
Serviços Veterinários (c)	2256	2621	3,04
Serviços Saúde (d)	478318	527406	1,97
Total Geral (e)	24245667	22733243	-1,28
% Perc. Setor Saúde (f)	1,97	2,32	N. A.

Serviços Saúde (d) = a + b + c

f = d/e

Fonte: MTb, Lei 4923.

A *performance* diferenciada do setor saúde, quer dizer, o seu maior dinamismo empregatício comparado ao conjunto da economia nacional, não constitui, certamente, nenhuma novidade. Este foi um aspecto exaustivamente explorado em vários estudos sobre o mercado de trabalho e o emprego em saúde realizados no decorrer dos anos oitenta⁴. Nos anos setenta, a força de trabalho em saúde (e também o emprego) teria crescido mais que duas vezes à frente da força de trabalho nacional. Nos anos oitenta, a sucessão de conjunturas de crise econômica que acarretaram desemprego (ou crescimento irrisório do emprego) em diversos setores da atividade econômica, pouparam, no global, conforme amplamente demonstrado, o setor saúde. Ora por conta do papel atribuído ao setor no elenco de políticas macro-econômicas de sustentação da demanda efetiva (inspiração *Keynesiano-desenvolvimentista* às vezes inconsciente, conforme ironiza Médici); ora por conta da sua especial vulnerabilidade às pressões político-institucionais; ora ainda em decorrência de sua óbvia missão social; a resultante final das importantes diferenças observadas no comportamento do emprego em saúde e do emprego nacional foi um crescimento da participação da saúde na demanda nacional por força de trabalho.

A constatação dessa *performance* diferenciada do emprego no setor saúde, não deve, no entanto, obscurecer o significado de uma outra observação da maior importância, assinalada como tendência em trabalhos anteriores por Santana e Girardi (1991, 1993) e,

³Estima-se que a oferta de força de trabalho em saúde no Brasil (ocupados + desocupados procurando trabalho no setor) ultrapasse os 4% da força de trabalho nacional. Em algumas economias desenvolvidas esse índice encontra-se na faixa dos 8% (Canadá e EUA) e em alguns casos chega a 11% (Suécia).

⁴Referimo-nos especialmente à série de trabalhos realizados por Girardi, S.N.; Médici e Nogueira, R.P. e Machado, M.H., em torno ao eixo OPS-ENSP-NESCON, publicados a partir de meados dos anos 1980.

parece, reafirmada pelo comportamento recente do emprego no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde. Os autores alertavam para uma desaceleração sustentada nos ritmos de crescimento da ocupação geral em saúde no decorrer dos últimos 20 anos. Considerando o conjunto dos postos de trabalhos (com ou sem vínculo empregatício) existentes nos estabelecimentos médico-sanitários brasileiros, observavam que "entre 1970 e 1976 o emprego saúde cresceu a uma taxa geométrica média anual de 13,0%; baixando para 8,6% entre 1976 e 1980; 6,2% entre 1980 e 1984 e finalmente para 4,3% entre 1984 e 1987". Se os dados relativos aos empregos CLT sinalizam corretamente o que acontece no conjunto do mercado de trabalho, diríamos que os anos noventa confirmaram essa tendência de arrefecimento dos ritmos de crescimento do emprego em saúde.

A tabela 2 apresenta os índices mensais do emprego em dezembro de 1994 em algumas atividades tomando como base para comparação, respectivamente, os meses de dezembro de 1984, 1992 e 1993. A idéia é fazer uma comparação entre as décadas. Os dados sinalizam "conjunturas", ou melhor dizendo, "situações", consideravelmente distintas para a década dos oitenta e a primeira metade dos noventa. Observa-se, com efeito, que nos anos oitenta os setores sociais de saúde e educação se apresentaram consideravelmente mais dinâmicos que o conjunto da economia no que respeita à capacidade de geração de empregos. Para os anos noventa, no entanto, observa-se, talvez já sob o impacto de uma possível generalização do ajuste neo-liberal, uma quase total aproximação dos setores sociais assinalados como o comportamento do conjunto da economia.

Tabela 2

Brasil: Atividades econômicas selecionadas.

Índices do emprego no mês de dezembro de 1994.

Atividade Econômica	Base 100 = Dez 1984	Base 100 = Dez 1992	Base 100 = Dez 1993
Total Geral	108,94	101,96	101,23
Serviços	116,39	101,93	101,31
Serviços Saúde	139,70	102,26	101,98
Serviços Ensino	145,67	105,47	102,84

Fonte: MTb, Lei 4923.

Com efeito, quando saímos da análise geral da evolução dos estoques acumulados do setor e passamos a observar movimentos mais específicos, mais delimitados, como, por exemplo, o volume de admitidos mês a mês e apenas o acumulado anual (sem recuperar estoques pré-existent) observamos oscilações que dão conta de uma forte desaceleração dos ritmos de crescimento do emprego no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde (tabela 3). Observa-se que os anos 1991 e 1992 apresentaram forte queda nas admissões anuais. A impressionante recuperação no volume de admissões observada no decorrer de 1993 foi suficiente apenas para aproximá-lo aos níveis observados em 1990. Para o ano de 1994 os dados acumulados até o mês de junho, quando tomados no conjunto, pareceriam

indicar uma superação em relação ao ano de 1993. Entretanto, conforme se pode observar, o maior volume de admissões acumulados até o mês de junho dos anos de 1993 e 1994 deve-se exclusivamente ao melhor desempenho do mês de janeiro de 1994 em relação a janeiro de 1993. Em todos os outros meses o ano de 1993 superou 1994 em relação ao volume de admissões de celetistas (com exceção de junho onde os índices são praticamente os mesmos). Com efeito, dados preliminares do comportamento das admissões até dezembro de 1994 confirmam que o total de admissões em 1994 ficou abaixo dos níveis de 1993.

Tabela 3**Brasil: 1990-1994.**

Número total de admitidos sob regime CLT em estabelecimentos hospitalares, sanatórios, clínicas, policlínicas, etc (exclui serviços odontológicos e serviços de veterinária).

	1990	1991	1992	1993	1994
Jan	11675	11739	9864	9837	12772
Fev	12302	11506	10652	13556	10794
Mar	12948	12240	10999	13364	12851
Abr	12137	11983	10787	14858	14709
Mai	12120	11756	8814	14413	13458
Jun	13308	13774	9713	14628	14645
Jul	14819	13548	10989	13363	*
Ago	15511	13771	10002	14408	*
Set	13981	13910	10232	12427	*
Out	13173	12655	9271	13495	*
Nov	13261	10430	9883	10871	*
Dez	10499	8064	8136	9890	*
Total	155734	145376	119342	155110	79229**

* Sem dados.

** Total parcial até junho de 1994.

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

Emprego e Salários de Categorias Profissionais da Saúde

O movimento de admissões

Apresentaremos, neste capítulo do relatório os números da evolução do total de admitidos em 08 categorias profissionais no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde no Brasil nos anos 90. Entre os admitidos se incluem primeiros empregos, reempregos e transferências de entrada⁵.

O quadro seguinte (quadro 1) apresenta os índices de participação relativa dos diversos tipos de movimento de admissão no estoque de admitidos nas categorias discriminadas entre 1990 e 1994, no Brasil.

⁵Os primeiros empregos representaram, em média, 15,52% do total de profissionais de saúde admitidos entre 1990 e 1994; os reempregos 80,98% e as transferências de entrada 3,48%. Comportamento destacado das demais categorias observa-se entre os dentistas onde os primeiros empregos representaram cerca de 31% do total de admitidos no período. Para maiores detalhes sobre a participação relativa de cada um desses tipos de movimento de admissão por categoria consultar tabelas anexas.

Quadro 1**Brasil: Brasil 1990-1994.****Participação relativa dos tipos de movimento de admissão no estoque de admitidos entre 1990 e 1994.**

	Primeiro Emprego	Reemprego	Transferência	Total
Médico	17,25	76,72	6,02	100,00
Dentista	30,95	61,44	7,59	100,00
Farmacêutico	17,27	79,80	2,91	100,00
Nutricionista	15,70	72,42	11,87	100,00
Enfermeiro	14,08	83,11	2,79	100,00
Pessoal Enfermagem	13,82	84,05	2,12	100,00
Terapeuta	23,65	73,92	2,41	100,00
Op. Equip. Méd/Od.	11,14	86,20	2,65	100,00
Total	70806 (15,52)	369294 (80,98)	15877 (3,48)	455977 (100,00)

Fonte: MTb, Lei 4923.

O quadro revela alguns interessantes (proto)fenômenos que estariam por merecer análises mais acuradas. Dentre esses destacaremos dois:

- (i) o peso acentuado (32%) dos movimentos de primeiro emprego para a categoria dos dentistas, comparativamente às demais categorias;
- (ii) a maior importância dos movimentos de reemprego para enfermeiros, pessoal de enfermagem e operadores de equipamentos médico-odontológicos.

A tabela 4 (abaixo) demonstra os números da evolução do total de admissões por categoria nos anos entre 1990 e 1994. Em linhas gerais, considerando a evolução do total das admissões, não se pode observar um padrão homogêneo de conjunto para as diversas categorias. Pese o fato de todas elas terem no ano de 1991 um período de descenso geral das admissões, no demais, os comportamentos de cada uma diferem por vezes significativamente.

Dentistas e pessoal de enfermagem, por exemplo, apresentam linhas descendentes ao longo de todo o período, embora a queda no crescimento das admissões de pessoal de enfermagem atinja proporções extremadas. De fato, enquanto o volume neto de admissões de dentistas realizadas em 1994 tenha alcançado apenas 65.5% das admissões realizadas em 1990, no caso do pessoal auxiliar de enfermagem, os níveis de 1994 não chegaram à terça parte das admissões de 1990. Mais à frente serão discutidas algumas hipóteses relativamente a essa impressionante queda nas admissões na área de enfermagem.

Comportamento oposto é o observado com as admissões de *farmacêuticos e enfermeiros*. Embora 1991 tenha sido, conforme já dito, um ano de baixa admissões também para estas duas categorias, nos anos subsequentes observa-se um crescimento constante e sustentado do volume anual de admissões. Em 1994, o volume de admissões de farmacêuticos se incrementou em 55,0 % e o de enfermeiros em 27,9% em relação às admissões de 1990.

As admissões de *médicos* apresentaram forte queda em 1991 e 1992, recuperando-

se ligeiramente em 1993 para novamente caírem em 1994. De sorte que em 1994 o volume de admissões de médicos no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde era inferior em 10,4% ao realizado no ano de 1990.

Terapeutas ocupacionais (e fisioterapeutas) e operadores de equipamentos médico-odontológicos experimentaram quedas no volume de admissões em 1991 e 1992 seguidas por recuperações em 1993 e 1994.

Tabela 4
Evolução do total de admitidos por categoria, 1990-1994.

Categoria	1990	1991	1992	1993	1994
Médico	20078	17152	15763	18502	17999
Dentista	4567	3962	3480	3431	2991
Farmacêutico	4366	4155	5006	5927	6768
Nutricionista	3288	3027	2744	3341	****
Enfermeiro	10231	8713	9527	12964	13087
Pessoal Enfermagem	77539	68261	45441	37392	25678
Terapeuta	2655	2515	2193	2638	2724
Op. Equip. Méd/Od.	3533	3025	2373	2721	2908

**** Sem dados.

Fonte: MTb, Lei 4923.

No sentido de possibilitar uma sintonia digamos mais fina com os movimentos reais do mercado dessas categorias será necessário sair do comportamento geral das admissões consideradas em conjunto (quer dizer, somados primeiros empregos, reempregos e transferências de entrada) e cotejar a evolução dos seus componentes específicos, como por exemplo, a evolução dos níveis dos primeiros empregos.

Vejamos a tabela 5. Seus números sinalizam de forma muito mais evidente para uma situação de crise no mercado dos profissionais de saúde. De uma maneira geral os anos de 1991 e 1992 poderiam ser tomados como mais representativos dessa situação.

Tabela 5
Evolução do número de primeiros empregos por categoria, 1990-1994

Categoria	1990	1991	1992	1993	1994
Médico	3686	3106	2753	2886	****
Dentista	1482	1166	1059	1035	****
Farmacêutico	793	631	806	1040	****
Nutricionista	560	492	396	497	****
Enfermeiro	1711	1327	1245	1676	****
Pessoal Enfermagem	11287	9223	5589	5136	****
Terapeuta	707	577	497	591	****
Op. Equip. Méd/Od.	481	339	230	251	

**** Sem dados.

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

Remuneração dos admitidos por faixa de salário mínimo

As tabelas 6.1 e 6.2 sinalizam para um dos aspectos mais cruciais e talvez mais polêmicos da evolução recente do segmento celetista do mercado de trabalho em saúde. Com efeito, os dados das tabelas apontam para uma claríssima "precarização" desses mercados no que diz respeito aos salários de contratação dos profissionais de saúde entre 1990 e 1994. Nela se constata, a grosso modo, e sem qualquer espaço para dúvida, que os profissionais de saúde admitidos no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde em 1994 foram contratados com salários inferiores aos de 1990.

Começemos por duas observações bastante genéricas:

- (i) entre 1990 e 1994 cresceu a proporção dos profissionais admitidos com rendimentos nas faixas salariais inferiores (até 3 e entre 3 e 5 salários mínimos);
- (ii) entre 1990 e 1994 decresceu significativamente a proporção dos profissionais admitidos nas faixas salariais superiores, nomeadamente entre 10 e 20 sm e mais de 20 salários mínimos.

Tabela 6.1

Brasil: Distribuição do total de admissões de categorias profissionais da saúde por ano segundo faixa salarial.

Ano	Categoria	Até 3 sal	3 a 5 sal	5 a 10 sal	10 a 20 sal	Mais de 20	Total
1990	Médico	2971	1993	4763	7362	2989	20078
	Dentista	879	434	1464	1538	252	4567
	Farmacêutico	1840	1285	942	206	93	4366
	Enfermeiro	3551	2058	2884	1407	331	10231
	Pessoal Enfermagem	57439	12623	5794	977	706	77539
	Terapeuta	1529	496	423	178	29	2655
	Op. Eq. Médicos	1837	751	742	156	47	3533
1994	Médico	4047	3943	6684	2370	955	17999
	Dentista	745	998	933	262	53	2991
	Farmacêutico	2163	2826	1526	150	103	6768
	Enfermeiro	5476	2740	3513	1111	247	13087
	Pessoal Enfermagem	20221	3695	1219	297	246	25678
	Terapeuta	1563	601	438	86	36	2724
	Op. Eq. Médicos	1723	835	278	23	49	2908
Taxas de Incremento 1990 - 1994 do total de admissões.							
Incr. %	Categoria	36,21	97,84	40,33	- 67,80	- 68,04	-10,35
	Dentista	-15,24	129,95	- 36,27	- 82,96	- 78,97	-34,50
	Farmacêutico	17,55	119,92	61,99	- 27,18	10,75	55,01
	Enfermeiro	54,21	33,13	21,80	- 21,03	- 25,37	20,82
	Pessoal Enfermagem	-64,79	- 70,72	- 78,96	- 69,60	- 65,15	-66,88
	Terapeuta	2,22	21,16	3,54	- 51,68	24,13	2,59
	Op. Eq. Médicos	-6,20	11,18	- 62,53	- 85,25	4,25	-17,69

Fonte: MTb, Lei 4923.

Tabela 6.2

Brasil: Índices percentuais de admissões (Primeiro Emprego + Reemprego + Transferências de Entrada) por faixa de salário mínimo de contratação segundo ano e categoria profissional.

Ano	Categoria	Até 3 sal	3 a 5 sal	5 a 10 sal	10 a 20 sal	+ de 20 sal	Total
1990	Médico	14,80	9,93	23,72	36,67	14,89	100,00
	Dentista	19,25	9,5	32,06	33,68	5,52	100,00
	Farmacêutico	42,14	29,43	21,58	4,72	2,13	100,00
	Nutricionista	25,46	24,64	36,37	11,47	2,07	100,00
	Enfermeiro	34,71	20,12	28,19	13,75	3,24	100,00
	Pessoal Enfermagem	74,08	16,28	7,47	1,26	0,91	100,00
	Terapeuta	57,59	18,68	15,93	6,7	1,09	100,00
	Op. Eq. Médicos	52,00	21,26	21,00	4,41	1,33	100,00
1994	Médico	22,48	21,91	37,14	13,17	5,31	100,00
	Dentista	24,91	33,37	31,19	8,76	1,77	100,00
	Farmacêutico	31,96	41,76	22,55	2,22	1,52	100,00
	Nutricionista	*	*	*	*	*	*
	Enfermeiro	41,84	20,94	26,84	8,49	1,89	100,00
	Pessoal Enfermagem	78,74	14,40	4,75	1,16	0,96	100,00
	Terapeuta	57,38	22,06	16,08	3,16	1,32	100,00
	Op. Eq. Médicos	59,25	28,71	9,56	0,79	1,69	100,00

Obs.: não dispomos dos dados de nutricionistas para 1994.

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

Sob uma leitura mais atenta os números das tabelas revelam, entretanto, alguns aspectos que necessitariam análises mais aprofundadas porque carregam implicações que ultrapassam a simples constatação de uma precarização geral dos salários. Limitaremos nossas digressões aos casos dos médicos, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros, suficientes apenas para ilustrar nosso ponto.

Com os médicos ocorre um claro aumento da participação das faixas salariais inferiores: aumentam os contratos na faixa até 3 sm; de 3 a 5 sm e de 5 a 10 sm. Em contrapartida as duas faixas superiores têm sua participação significativamente reduzida no total das admissões. Em 1990, conforme se pode observar mais da metade dos contratos de admitidos eram de 10 salários ou mais, sendo que 36,67% do total de médicos admitidos percebiam entre 10 e 20 salários mínimos e praticamente 15% mais de 20 salários. Em 1994 cerca de apenas 18,5% dos médicos admitidos o foram nas faixas superiores a 10 salários mínimos. A faixa com maior concentração de admitidos deslocou-se, parece, de 10 a 20 sm (com 36,67% dos contratos de admissão em 1990) para a faixa de 5 a 10 sm que passou a absorver 37,14% dos admitidos no ano de 1994.

A hipótese do deslocamento para baixo também aparece clara para o caso dos dentistas. Com efeito, a faixa de 3 a 5 salários que detinha apenas 9,5% dos contratos em 1990 passa a ser a majoritária em 1994, concentrando 33,37% do total dos contratos. A diminuição mais abrupta se dá na faixa dos 10 a 20 salários mínimos que faz decair sua participação de 33,68 % para 8,76 % do total dos contratos. A faixa entre 5 e 10 salários

mínimos tem seus níveis de participação relativamente inalterados.

No caso dos enfermeiros ocorre um importante aumento dos contratos de admissão na menor faixa salarial (até 3 salários mínimos; uma relativa estabilização nas faixas entre 3 e 5 sm e entre 5 e 10 sm e uma importante redução nos contratos nas faixas salariais superiores (10 e 20 sm e mais de 20 sm).

A hipótese do deslocamento também se manterá no caso dos farmacêuticos, mas curiosamente, ao que parece, num sentido oposto. Apesar desta categoria também ter visto reduzida a concentração das admissões nas faixas superiores (entre 10 e 20 e mais de 20 sm), os deslocamentos mais significativos ocorreram nas faixas de até 3 sm e de 3 a 5 sm. Somadas, estas duas faixas deterão em 1990 e 1994, respectivamente cerca de 72% e 74% do total das admissões em cada ano. Entretanto aqui parece ter havido um deslocamento ascendente. Em 1990 a faixa até 3 sm detinha a maior concentração de farmacêuticos: 42% dos contratos contra 29% na faixa entre 3 e 5 sm. Em 1994 o quadro se inverte, a faixa entre 3 e 5 sm passa a deter a maior concentração dos contratos: 42% contra 32% na faixa até 3 sm.

Assim, se no caso dos médicos e dentistas é claramente sustentável (e generalizável) a hipótese da deterioração dos mercados (em termos de salários de contratação) - hipótese válida de resto para as demais categorias, no caso dos farmacêuticos, especificamente, os sinais autorizam a hipótese de uma melhoria relativa mesmo que, realfirmamos, bastante relativa.

Não é nosso objetivo buscar elucidar os determinantes da evolução dos salários e de suas variações nos mercados de trabalho em saúde. Isto exigiria toda uma linha de pesquisas e especulações impossível de ser satisfeita nos limites do presente trabalho. Gostaríamos de deixar anotado tão somente algumas suspeitas para posterior exploração, isto, é claro, no caso dos dados da Lei 4923 expressarem com relativa fidedignidade o que se passa no segmento celetista dos mercados de trabalho em saúde.

De fato, se os sinais do emprego e salários no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde fornecidos pelo CAGED não estão distorcidos é provável que as seguintes coisas estejam ocorrendo:

- (i) em relação aos médicos e odontólogos os anos 90 apontam para um desaquecimento da demanda efetiva por esses profissionais no segmento celetista do mercado de trabalho (especialmente os três primeiros anos da década). De fato, junto ao deslocamento para faixas salariais inferiores observado nas admissões verifica-se uma queda nas admissões anuais destas categorias. A redução do nível anual do emprego e da movimentação no mercado de trabalho em saúde acompanhada por esse deslocamento da contratação para níveis inferiores de salários indicariam uma insuficiência de demanda por força de trabalho com redução efetiva de salários;
- (ii) em sentido inverso, os dados apontam para um aquecimento na demanda por farmacêuticos no segmento celetista do mercado de trabalho em saúde. O ligeiro deslocamento salarial

ascendente das admissões, juntamente com a expansão dos primeiros empregos e do nível anual das admissões autorizam pensar nessa direção;

- (iii) em relação aos profissionais enfermeiros o quadro sugere um desequilíbrio de oferta (uma espécie de sobre-oferta) uma vez que se conjuntem sinais de deterioração de salários com aumento da demanda efetiva expressa no aumento continuado dos níveis de primeiro emprego e das admissões anuais totais.

Empregos Gerados e Gênero

O papel preponderante do emprego feminino em saúde é fato sobejamente conhecido. Pode-se dizer que esta é uma das marcas características do setor. De fato, estima-se que em torno de 80% da ocupação do setor saúde seja feminina. Nas categorias de enfermagem o peso relativo do gênero feminino ultrapassa esses percentuais. As mulheres respondem por 87% e 85% dos empregos de enfermeiras e de pessoal de enfermagem, respectivamente (RAIS, 90-91). Entre os médicos, a situação é bastante diversa, predominando ainda o emprego masculino. Conforme dados das RAIS as mulheres se responsabilizavam por apenas 32% do total dos médicos contratados (somados contratos CLT, estatutários, temporários, etc) no Brasil nos anos 1990-1991.

A tendência, entretanto, é de uma radical mudança desse quadro num futuro próximo, se as sinalizações emitidas pelo segmento celetista do mercado de trabalho em saúde não são distorcidas. A tabela 7 apresenta os índices de participação dos empregos de mulheres no total de admissões realizadas no período 1990-1994. As mulheres chegam a compor 92% das admissões de nutricionistas realizadas no período, 83% das de enfermeiras, 80% das de pessoal auxiliar de enfermagem, 76% das fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, 66% das farmacêuticas e 53% das admissões de dentistas. O gênero masculino só predomina entre os contratos de médicos e operadores de equipamentos médico-odontológicos.

Em linhas gerais observa-se que os índices de participação feminina aumentam com o diminuir da idade. Exceção a essa regra é representada pelas categorias da enfermagem.

Tabela 7

Brasil: Índices de participação feminina nas admissões de contratos CLT efetuadas no período 1990 - 1994 por categorias profissionais da saúde, selecionadas segundo faixas etárias.

Categoria	Até 25 anos	25 - 29 anos	30 - 39 anos	40 - 49 anos	50 ou mais	Total
Médico	56%	50%	38%	23%	13%	39%
Dentista	64%	57%	52%	34%	18%	53%
Farmacêutico	73%	70%	70%	52%	38%	66%
Nutricionista	94%	93%	90%	87%	84%	92%
Enfermeiro	83%	86%	83%	80%	67%	83%
Pessoal Enfermagem	76%	76%	82%	87%	85%	80%
Terapeuta	80%	79%	73%	68%	49%	76%
Op. Eq. Médicos	45%	38%	39%	41%	38%	41%

Fonte: MTb, Lei 4923.

Entre 1990 e 1994, por exemplo, as mulheres foram responsáveis por 39% do estoque de médicos celetistas admitidos (novos empregos + reemprego + transferências de entrada) no segmento celetista dos mercados de trabalho de profissionais de saúde. Na faixa etária de 25 a 30 anos, entretanto, as mulheres respondem por cerca de 50% dos contratos e 56% dos admitidos com menos de 25 anos são do gênero feminino. Maior predominância do gênero masculino só é observada, conforme dito, entre médicos e operadores de equipamentos médico-odontológicos. Em relação a esta última categoria, na qual se incluem os técnicos e auxiliares de radiologia, os contratos de gênero masculino predominam em todas as faixas etárias.

Gênero e Salários

A análise do aumento da participação das mulheres nos mercados de trabalho em saúde, se quiser fugir dos aspectos puramente quantitativos, deve ser acompanhada de uma qualificação desse aumento de participação. Deveríamos, desde este prisma, elucidar em que condições se dá esse aumento, por exemplo em termos de salários. Conforme veremos com algum nível de detalhe quando da análise do mercado de trabalho com base nas RAIS, que traz informações sobre outros segmentos do mercado de trabalho formal da saúde (por exemplo os vínculos regidos por estatuto, os vínculos temporários, etc) existem fortes indícios da existência de práticas discriminatórias de gênero nos mercados de trabalho em saúde. A exemplo do que ocorre em outros setores da economia brasileira, as mulheres, ao que parece, vivenciariam uma situação de desvantagem salarial nos mercados de trabalho em saúde (exceção feita para os enfermeiros). Os dados da RAIS, conforme veremos, indicam claramente duas coisas: em primeiro lugar que, em média, as mulheres estariam percebendo salários médios mensais menores que os homens; em segundo lugar que haveria uma maior concentração de empregos do gênero feminino

comparativamente ao masculino em faixas salariais inferiores, e vice-versa uma menor concentração de empregos femininos, comparativamente aos masculinos nas faixas superiores. Por ora, quer dizer, para a discussão que interessa nessa parte do trabalho, é o bastante exemplificar esse segundo aspecto, conforme ilustra a tabela 8. Retornaremos ao primeiro ponto, com mais detalhe, no capítulo seguinte.

Tabela 8**Brasil:1991.****Participação percentual de empregos por gênero em faixas salariais selecionadas.**

Categoria	Ganhando Mais de 20 salários		Ganhando Até 3 salários	
	% Homens	% Mulheres	% Homens	% Mulheres
Médico	19,83	11,46	4,38	5,92
Engenheiro	43,53	24,73	3,05	4,67
Analista	53,08	44,17	2,53	1,58
Enfermeiro	4,99	7,21	24,74	17,53
Func. Público	11,08	3,99	27,13	35,24

Fonte: RAIS, MTb, 1994.

O quadro acima apresentado é importante frisar, reflete a situação dos empregos acumulados (qualquer que seja a relação de emprego) no segmento formal da economia; quer dizer, ela reflete o emprego formal. Nesse sentido, dizendo em grosso modo, essa era a situação, em dezembro de 1991 do conjunto do emprego formal, quer dizer do estoque de empregos das categorias discriminadas existentes na economia formal no que diz respeito à participação de gênero nas faixas salariais assinaladas.

Mas o que terá acontecido entre 1991 e 1994? O que terá acontecido em relação às novas admissões. Os dados da Lei 4923/65 podem responder parcialmente a esta pergunta naquilo que diz respeito às admissões mês a mês e nos acumulados anuais naquilo que diz respeito aos empregos com vínculos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho.

Vejamos, para exemplificar, o que acontece em relação aos empregos de médicos.

Tabela 9**Brasil: Médicos.****Distribuição percentual das admissões de gênero por ano segundo faixa de salário.**

Fx. salário	1990		1993	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Até 3 sm	13,62	15,35	27,57	27,52
3- 5 sm	9,47	10,63	16,05	18,19
5-10 sm	22,34	25,89	29,41	29,82
10-20 sm	37,05	36,05	21,32	20,94
+ de 20 sm	16,68	12,05	5,63	3,51
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

Ademais da "sensação" de achatamento em direção às faixas salariais inferiores atingindo a homens e mulheres, indiscriminadamente, que se experimenta a uma primeira leitura comparada das tabelas, os dados sugerem uma menor disparidade inter-gênero nas admissões realizadas em 1990 e mais ainda em 1993 comparativamente ao estoque de empregos médicos existentes em 1991.

Mesmo assim, verifica-se, especialmente nos dados de admissões de 1990, uma tendência à maior concentração percentual de mulheres nas faixas inferiores (menos de 3, de 3 a 5 e de 5 a 10 sm) e à maior concentração de homens nas duas faixas superiores (de 10 a 20 e mais de 20 sm).

As tabelas 10 e 11 apresentam os mesmos dados relativos às admissões de dentistas e farmacêuticos. O sentido de sua apresentação é ilustrar um padrão distinto de discriminação de gênero para estas categorias.

Tabela 10

Brasil: Dentistas.

Distribuição percentual das admissões de gênero por ano segundo faixa de salário.

Fx. salário	1990		1993	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Até 3 sm	21,73	17,69	28,40	28,20
3- 5 sm	8,50	10,36	16,74	18,44
5-10 sm	29,58	34,19	31,26	31,01
10-20 sm	33,93	33,45	18,70	19,20
+ de 20 sm	6,23	4,89	4,88	3,12
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

Para 1990 observa-se maior concentração de admissões masculinas nas faixas extremas, menos de 3 e mais de 20 com maiores concentrações de admissões femininas nas faixas intermédias. Para o ano de 1993 estas diferenças se vêem atenuadas.

Tabela 11

Brasil: Farmacêuticos.

Distribuição percentual das admissões de gênero por ano segundo faixa de salário.

Fx. salário	1990		1993	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Até 3 sm	47,07	39,55	49,35	47,12
3- 5 sm	29,03	29,65	31,74	32,88
5-10 sm	17,72	23,70	14,28	16,91
10-20 sm	3,58	5,23	2,18	1,77
+ de 20 sm	2,37	1,99	2,47	1,29
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Observa-se um padrão semelhante ao dos dentistas, com atenuação das diferenças entre 1990 e 1993.

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

Admissões por faixa etária

Quanto à composição do estoque de admitidos no período por faixa etária se observa que a faixa etária de maior importância para os médicos, enfermeiras, pessoal de enfermagem e operadores de equipamentos médicos era a de 30-39 anos. Com efeito, 44% dos médicos admitidos, 35,6% das enfermeiras, 35,5% dos contratos de pessoal de enfermagem e 36,5% dos de operadores de equipamentos situavam-se nesta faixa de idade. Essa faixa etária é também a que concentra o maior número de empregados na economia nacional (30% do total).

A faixa etária de 25 a 29 anos é a que detém maior concentração de contratos de dentistas, nutricionistas terapeutas e farmacêuticos. Para os odontólogos a faixa etária de 25 a 29 anos concentrava a maioria dos admitidos (37,8%) seguida pela faixa de 30 a 39 anos com 27,6% dos admitidos.

O pequeno volume de contratos de médicos na faixa etária de até 25 anos corrobora a hipótese de sua entrada mais tardia no mercado de trabalho relativamente às demais categorias de trabalhadores da saúde.

Tabela 12

Brasil: Estoque de admissões realizadas entre 1990 e 1994.

Índices de participação das diversas faixas etárias no total de contratos de admissão

Categoria	Total	Até 25 a	25 - 29 a	30 - 39 a	40 - 49 a	50 ou ma
Médico	100,0	2,9	31,8	44,0	16,4	3,9
Dentista	100,0	22,3	37,8	27,6	8,4	3,4
Farmacêutico	100,0	20,1	31,5	29,1	10,2	6,8
Nutricionista	100,0	24,8	37,5	28,7	5,8	1,9
Enfermeiro	100,0	17,6	31,9	35,6	10,7	3,0
Pessoal Enfermagem	100,0	23,8	22,4	35,5	14,5	3,0
Terapeuta	100,0	27,6	34,7	26,9	7,1	2,7
Op. Eq. Méd/Od.	100,0	23,8	21,7	35,8	14,1	4,0

* Exclui contratos em idade ignorada.

Fonte: MTb, Lei 4923.

Admissões por escolaridade

A seguir apresentamos a distribuição das admissões de pessoal de enfermagem e operadores de equipamentos médico-sanitários por nível de escolaridade.

Tabela 13

Escolaridade dos admitidos entre 1990-1994

Categoria	Até Segundo Grau	Até Primeiro Grau	Outro
Pessoal de Enfermagem	35,3	62,3	2,4
Op.Eq. Médico-Odontol.	48,1	46,2	5,7

Fonte: MTb, Lei 4923.

Conforme se pode observar ainda é extremamente significativa a proporção dos contratos realizados entre 1990 e 1994 com grau de escolaridade de primeiro grau entre os trabalhadores de enfermagem. É interessante notar que 4,6% dos admitidos como operadores de equipamentos médico-odontológicos (607 contratos) declaravam escolaridade de nível superior.

Sinais para uma aproximação à questão da rotatividade de pessoal na área da saúde

Antes de uma aproximação à questão da rotatividade cumpriria uma breve apresentação de alguns números que aproximam um dimensionamento do setor saúde em termos de concentração de força de trabalho. Os indicadores a este respeito, apesar de serem ainda bastante grosseiros, permitem iniciar alguma discussão. As tabelas 13 a e 13 b trazem indicativos de dimensão dos estabelecimentos médico-sanitários e odontológicos, respectivamente, no Brasil no que diz respeito ao volume de contratos CLT.

Tabela 13 a
Brasil: Serviços Médico-Hospitalares.
Número médio de empregos por estabelecimentos.

	Número de Empresas Respondentes	Estoque de Empregos	Média de Empregos por Estabelecimentos
Junho de 1993	5676	504027	88,8
Junho de 1994	5990	516913	86,3

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

Tabela 13 b
Brasil: Serviços Odontológicos.
Número médio de empregos por estabelecimentos.

	Número de Empresas Respondentes	Estoque de Empregos	Média de Empregos por Estabelecimentos
Junho de 1993	244	7750	31,76
Junho de 1994	228	7872	34,53

Fonte: MTb, Lei 4923.

A tabela 14 traz indicadores aproximados da rotatividade mensal no setor comparados ao comportamento de outros setores de atividade. Pode-se observar que os índices de rotatividade mensais do emprego praticados no setor de saúde são menores que os observados para o total da economia e para o conjunto do setor de serviços, situando-se, entretanto em níveis muito superiores aos da Administração Pública.

Tabela 14

Brasil: Taxa de rotatividade mensal por setor de atividade nos seis primeiros meses de 1994.

Mês	Todas	Serviços	Administração Pública	Saúde
Jan	2,70	2,61	0,27	2,26
Fev	2,54	2,48	0,36	2,12
Mar	2,71	2,70	0,35	2,27
Abr	2,85	2,71	0,48	2,23
Mai	2,76	2,68	0,41	2,17
Jun	2,64	2,62	0,32	2,31

Fonte: MTb, Lei 4923/65.

A tabela 15 traz os índices de rotatividade mensais médios gerais aproximados para os anos de 1993 e 1994 (medidos pelas admissões).

Tabela 15

Brasil: Taxas aproximadas de rotatividade.

(medidas pela variação das admissões sobre o estoque médio do setor).

	Índice por Estabelecimentos
Média mensal 1993	2,3
Média Anual 1993	27,9
Média mensal 1994*	2,3

* até junho de 1994.

Fonte: MTb, Lei 4923.

Retomaremos à questão da rotatividade quando trouxermos para análise os dados da Relação Anual de Informações (RAIS) que nos possibilitam uma análise da rotatividade inclusive pelas diversas categorias.

2. Dinâmica do emprego e salários no setor saúde no Brasil dos anos 1990: A análise com base na Relação anual de Informações Sociais (RAIS)

As análises feitas nessa parte do relatório tomaram em consideração as informações provenientes da RAIS (relação anual de informações sociais), estatística de estabelecimentos realizada anualmente pela Secretaria de Empregos e Salários do Ministério do Trabalho.

Os dados gerais do emprego e da força de trabalho no Brasil

Na entrada dos noventa, a RAIS trazia informações sobre as características do emprego formal, tomados mês a mês, relativas a aproximadamente 1,5 milhões de estabelecimentos respondentes em todo o Brasil, considerada a totalidade dos setores e ramos de atividade da economia brasileira. Tais estabelecimentos reportavam aproximadamente 23 milhões de empregos. A essa época a PEA brasileira, quer dizer, o número total de pessoas empregadas e procurando emprego, era de aproximadamente 65 milhões de indivíduos. O gênero masculino detinha 65% destes postos de trabalho. As atividades do setor de serviços reportavam 6,5 milhões de empregos, perto de 30% do total dos empregos existentes no país. Neste setor de atividades, 65% dos empregos eram ocupados pelo gênero masculino. Os estados do sudeste do país contabilizavam aproximadamente 57% destes empregos (SP, com 5; RJ, 1,8 e MG, 1,5 milhões). As pessoas com idade entre 30-39 anos eram as que tinham maior peso relativo (em torno de 30%) seguindo em importância os trabalhadores de 18 a 24 anos. Pode-se dizer, portanto, que o Brasil possui uma força de trabalho jovem. A participação de menores e adolescentes no emprego formal era maior nas regiões mais desenvolvidas: 5% no Sul e 3,5% no Sudeste contra menos de 1% no Nordeste. Mais de 3% dos ocupados eram analfabetos, 44% tinham o primeiro grau incompleto e menos de 10% possuíam escolaridade superior completa. Ganhavam até 3 salários mínimos cerca de 40% dos trabalhadores formais e apenas 5,3% recebiam remuneração superior a 20 salários mínimos mensais. A maioria absoluta dos empregos formais estavam regidos pela CLT (80,6%). Os estatutários somavam cerca de 15% dos ocupados para o conjunto do país. No Centro-Oeste, entretanto, os estatutários alcançavam 35% dos empregados formais (30,6% no Norte e 22% no Nordeste).

O emprego e os salários de categorias da saúde pelos anuários da RAIS 1990 e 1991

Não é possível se chegar ao total de ocupados no setor saúde através dos anuários da RAIS, porque o setor não é publicado.

É possível uma aproximação em relação a apenas três categorias ocupacionais típicas do setor, a saber: médicos, enfermeiros e pessoal de enfermagem (este último composto por um mix de categorias⁶).

A tabela 16 revela os totais dessas categorias (dados do emprego referentes a 1991), de acordo ao último anuário publicado em outubro de 1994 e as nossas estimativas para dezembro de 1994⁷.

Tabela 16

Brasil: Estoque de empregos de categorias de saúde selecionadas.

Categoria	Existente em 1991	Estimado em 1994
Médicos	152.932	160.352
Enfermeiros	49.387	56.664
Pessoal de Enfermagem	285.381	311.091

Fonte: Anuário RAIS 1994.

* estimado a partir do crescimento real medido pelo balanço entre admitidos e demitidos fornecido pela Lei 4923/65

As análises possíveis através da publicação se referem basicamente ao seguinte grupo de variáveis:

- total de empregos por região, gênero e escolaridade;
- rendimentos médios mensais e em faixas de salários mínimos por categoria e gênero;
- rotatividade do emprego por categoria: admissões e desligamentos mês a mês e anual.

A análise comparativa da estrutura anual foi feita levando-se em conta similaridades e diferenças entre estas categorias profissionais da saúde e outras categorias que poderiam competir no mercado de trabalho. Para isso foram selecionadas as seguintes categorias:

⁶A categoria pessoal de enfermagem incluía as seguintes sub-categorias: auxiliares de enfermagem; atendentes de enfermagem; visitantes sanitários; auxiliar de banco de sangue; instrumentador de cirurgia; parteira prática; outro pessoal de enfermagem exceto enfermeiros.

⁷Nossa estimativa parte dos estoques do emprego formal (todos os tipos de vínculo) existentes em dezembro de 1991. A estes estoques são acrescentados os resultados do diferencial entre os movimentos das admissões e desligamentos de regime CLT mensais informadas pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED-Lei 4923) que são acrescidos de um percentual estimado para os outros tipos de vínculos. Este método tem sido também utilizado pelos técnicos da Secretaria de Empregos e Salários do MTb do Brasil.

Nível Superior:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Funcionários Públicos de Nível Superior;
- Analistas de Sistemas;
- Engenheiros Cíveis e Arquitetos;
- Professores de 2º Grau.

Nível Médio e Elementar:

- Pessoal de Enfermagem;
- Auxiliares de Escritório;
- Recepcionistas;
- Professores de 1º Grau;
- Agentes Administrativos;
- Vendedores de Atacado e Varejo.

O emprego por grupos ocupacionais: Uma aproximação ao mercado de trabalho em saúde

Em relação às ocupações típicas da área de saúde, as tabulações da RAIS permitem uma avaliação do comportamento do emprego destas três categorias nucleares ao setor saúde: os enfermeiros, os médicos e o pessoal de enfermagem. Tentaremos uma análise considerando o comportamento do emprego e salários dessas categorias cotejando-as com as outras categorias que apresentam características similares e ou concorrentes no mercado de trabalho. No caso dos médicos e enfermeiros, tomaremos os empregos de engenheiros e arquitetos, de professores de segundo grau, de analistas de sistemas e de funcionários públicos de nível superior. Para o caso do pessoal de enfermagem verificamos o que está acontecendo com ocupações mais ou menos afins ou possivelmente concorrentes: professores primários, auxiliares de escritório, agentes administrativos, recepcionistas e vendedores de atacado e varejo. Os dados não permitem conclusões. Traremos, portanto, algumas considerações a título de exemplo, para posterior exploração.

Empregos e rendimentos

Para começar por uma breve análise de rendimentos por categoria poderíamos fazer uma comparação entre os rendimentos do emprego médico e das demais categorias de nível superior aqui consideradas. Assim, tomando os valores médios mensais do salário médico em 1990 como índice 100, os salários das outras categorias variaram da seguinte forma para aquele ano:

Quadro 2

Brasil: Índices salariais por categoria.

Base: Salário Médico = 100

Engenheiro e Arquiteto	145,8
Analista de Sistemas	157,3
Enfermeiro	70,4
Professor Secundário	50,5
Funcionário Público Superior	58,3

Fonte: MTb, Anuário RAIS 1994.

Há que levar em consideração que de uma maneira geral, o emprego médico é um emprego de tempo parcial, o que quase nunca é a regra em relação às outras categorias relacionadas, particularmente Engenheiros e Analistas de Sistemas.

Se tomarmos os rendimentos médios do pessoal de enfermagem como base 100, os índices salariais das outras categorias seriam os seguintes:

Quadro 3

Brasil: Índice Comparativo de Rendimentos de Categorias.

Base: Pessoal de Enfermagem = 100.

Categoria	Índice
Analista	522
Médico	332
Enfermeiro	234
Professor 1º Grau	165
Vendedor de Atacado e Varejo	71
Recepcionista	73
Agente Administrativo	182
Auxiliar de Escritório	135

Fonte: MTb, Anuário RAIS 1994.

Estes dados deveriam ser cotejados com outras informações para uma melhor visualização de suas implicações. A pesquisa salarial realizada pela Hoyer Pesquisa para a FENAESS (Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde) em 1991, entre empresas situadas no triângulo São Paulo/Rio/Belo Horizonte, demonstrava que os estabelecimentos hospitalares ofereciam remunerações inferiores às demais empresas do mercado. Constatou-se, por esta pesquisa, que os salários nos hospitais eram entre 40% e 52% inferiores às das demais empresas

do mercado. A referida pesquisa ainda mencionava que 80% dos desligamentos espontâneos da mão de obra dos hospitais se deviam a este motivo e ainda que este fator (desvantagem remunerativa) aliado à falta de reconhecimento profissional se situavam entre as principais causas de desinteresse das pessoas para trabalhar na área de saúde⁸. Uma outra aplicação para este tipo de dado -negativa dirão alguns- está na observação de padrões salariais praticados no mercado para a construção de parâmetros de remuneração diferencial por categorias ou grupos para elaboração de escalas salariais nos Planos de Cargos e Salários. A observação, por exemplo, de que os salários médios dos médicos praticados no mercado em geral foram superiores 3,3 vezes o salário médio do pessoal de enfermagem pode ter alguma utilidade, pelo menos no sentido negativo, quer dizer, no sentido de que não se pratique, nos planos de cargos do setor público da saúde, maiores "desigualdades" que as praticadas no mercado⁹.

Empregos e composição por gênero

A tabela 17 demonstra a distribuição do número de empregos por gênero em 1990.

Tabela 17

Brasil: 1990.

Empregos de categorias selecionadas.

Número de empregos existentes em 31 de dezembro no setor formal por gênero, segundo categoria ocupacional.

Ocupação	Total N. abs.	Masculino N. abs.	Feminino N. abs.	Índice de Part. Feminina em %
Médico	152041	104112	47929	31,5
Engenheiro/Arquiteto	53576	441143	9433	17,6
Analista de Sistemas	45637	34553	11084	24,3
Enfermeiro	44665	5897	38768	86,8
Func. Público Superior	339477	123729	215748	63,6
Professor 2º Grau	393498	113477	280021	71,2
Pessoal Enfermagem	343664	52982	290682	84,6
Auxiliar de Escritório	1511942	713108	798834	52,8
Agente Administrativo	515756	227608	288148	55,9
Professor 1º Grau	796249	87174	709075	89,1
Vend. Atacado e Varejo	955366	551846	403520	42,2
Recepcionista	165105	31780	133325	80,8

Fonte: RAIS, MTb, 1994.

⁸Ver "Recursos Humanos em Hospitais", Hoyler Pesquisa, trabalho para a FENAESS, São Paulo, 1991 (mimeo).

⁹A título de exemplo mostramos os índices salariais de médicos e enfermeiros tomando o salário de pessoal de enfermagem como base = 100 nos estados de Minas Gerais e São Paulo, em 1991.

Categoria	MG	SP
Pes. Enfermagem	100	100
Médico	365	265
Enfermeiro	214	212

Relativamente ao pessoal de nível superior nota-se que a categoria de enfermagem apresenta maior porcentagem de participação feminina, seguida das professoras de 2º Grau.

Nas categorias de nível médio e elementar são também as categorias do magistério e pessoal de enfermagem que detém maior índice de participação feminina.

A participação feminina no emprego médico ainda pode ser considerada reduzida (32% em 1991), em relação a outros países da América Latina. Entretanto, conforme vimos, no capítulo anterior, quando analisarmos os dados da Lei 4923/65, a tendência é de aumento sustentado da participação feminina no mercado de trabalho médico.

Rendimentos e gênero

A tabela 18 mostra as diferenças de remuneração por gênero nas diversas categorias. Por esta tabela podemos ver que as mulheres médicas perceberam apenas 82,7% do que seus colegas homens perceberam no decorrer de 1990. A única categoria que apresenta maior remuneração relativa do emprego feminino em relação ao emprego masculino é a de enfermeiro, onde as mulheres perceberam salários 21,6% acima dos homens.

A questão da discriminação do gênero feminino também se evidencia ao notarmos que aproximadamente 30% dos empregos masculinos de médicos estão na faixa superior a 20 salários mínimos mensais, ao passo que entre as mulheres este número não alcançou os 19%. Assim também, enquanto que a moda de concentração do emprego médico masculino situa-se na faixa superior aos 20 salários mínimos, no caso das mulheres essa moda situa-se entre os 10 e 15 salários mínimos. Entre os funcionários públicos, 12% dos empregos masculinos são remunerados na faixa superior aos 20 salários mínimos, contra apenas 4,4% dos empregos de mulheres que se encontram nesta faixa. Ainda em relação aos funcionários públicos de nível superior, 21,5% dos empregos de homens e 30% dos empregos de mulheres são remunerados com até três salários mínimos.

Tabela 18**Brasil: 1990.****Remuneração média mensal em cruzados percebida no ano por categoria ocupacional segundo gênero.**

Ocupação	Remuneração Total	Remuneração Masculina	Remuneração Feminina	Diferencial de Gênero'
Médico	69193	73058	60447	82,7
Engenheiro/Arquiteto	100886	106195	75645	72,2
Analista de Sistemas	108848	112735	96606	85,7
Enfermeiro	48749	41092	49948	121,6
Func. Público Superior	40338	51647	34027	65,9
Professor 2º Grau	35005	35241	34914	99,1
Pessoal Enfermagem	20852	23312	20402	87,6
Auxiliar de Escritório	29189	33130	25604	77,3
Agente Administrativo	37908	43197	33722	78,1
Professor 1º Grau	24301	26465	24044	90,9
Vend. Atacado/Varejo	14847	17104	11717	68,5
Recepcionista	15119	19708	14019	71,1

Fonte: RAIS, 1994.

* Remuneração Feminina/Remuneração Masculina X 100.

Concentração de rendimentos

Um relativamente bom indicador de concentração de renda por categoria ou se quisermos, de segmentação do mercado de trabalho das categorias por faixa de renda, pode ser dado pela observação da concentração de empregos por faixa salarial, conforme a tabela 19. Nesta tabela podemos observar uma relativa homogeneidade para a categoria do enfermeiro, o que pode ser considerado como indicativo de pequena segmentação do mercado de trabalho interno. O mesmo não acontece em relação à categoria médica, onde se observa maiores discrepâncias entre as primeiras e últimas faixas salariais aqui consideradas. No caso, 54,7% dos empregos médicos situam-se acima dos 10 salários mínimos de remuneração média mensal. No pólo oposto encontram-se os funcionários públicos de nível superior, os quais detêm 46% dos empregos em faixas inferiores a cinco salários mínimos.

Tabela 19**Brasil: 1990.****Índice percentual de concentração de empregos por faixa salarial segundo categorias ocupacionais selecionadas.**

	MÉDICO	ENG./ARQ.	ANAL. SIST.	ENFERMAG.	FUNC. PÚB. SUP.
Até 3	4,3	3,5	2,1	15,6	26,5
3 - 5	12,8	3,2	2,5	12,5	19,3
5 - 7	11,9	5,1	3,2	15,7	18,7
7 - 10	14,9	10,3	6,2	15,8	16,1
10 - 15	18,3	18,9	15,5	16,8	8,5
15 - 20	9,9	15,2	18,5	10,5	2,7
+ 20	26,5	41,0	51,4	11,4	7,1

Fonte: RAIS-MTb, 1990, publicação 1994.

Sinais da variação dos rendimentos por Região

Tomaremos para análise apenas os dados de algumas categorias para os estados da região sudeste. A tabela 20 apresenta alguns dados da variação dos rendimentos por estado. Conforme se pode ver o estado de São Paulo é o que apresenta melhores índices de remuneração para todas as categorias. Um fenômeno de interessante observação diz respeito aos baixos índices de remuneração do funcionalismo público carioca comparado aos demais estados do sudeste. Com efeito se tomarmos a evolução comparada dos salários médios do funcionalismo público carioca e mineiro num período mais largo de tempo, por exemplo, entre 1988 e 1991, observamos que tomando os salários médios do funcionalismo público de Minas Gerais como base 100 os salários do funcionalismo carioca foram respectivamente os seguintes: 1988 = 48,60; 1989 = 26,11; 1990 = 40,06 e 1991 = 36,76.

Tabela 20**Brasil: 1991.****Índices de remuneração médio mensal do emprego por Estado segundo categorias selecionadas. Base = 100 = salários médios de Minas Gerais.**

Categoria	MG	ES	RJ	SP
Médico	100,00	86,27	112,30	115,52
Enfermeiro	100,00	81,86	147,00	157,41
Pessoal Enfermagem	100,00	104,60	144,80	158,94
Funcionário Público	100,00	n. d.	36,76	114,87
Total Economia	100,00	103,82	129,06	139,93

Fonte: RAIS, MTb.

Rotatividade e sazonalidade do emprego em saúde

Em relação a rotatividade, o que podemos observar de mais marcante é o seguinte. Os maiores índices são observados nas categorias de pessoal de enfermagem e enfermeiros com aproximadamente 30% de novas admissões no ano e 25% de desligamentos em relação ao total de empregos. O índice de rotatividade do emprego médico é significativamente menor, situando-se na faixa de 17,5%. O que apresenta menos índice de rotatividade são os funcionários públicos superiores, aproximadamente 9% do total da categoria de novas admissões no ano e apenas 2,6% de afastamentos, o que se pode explicar pelo estatuto da estabilidade no emprego pertinente a esta categoria.

Em termos de balanço entre admissões e desligamentos, a única categoria que apresentou variação negativa, foi a de engenheiros e arquitetos, onde se observou maior número de desligamentos do que de admissões. O pessoal de enfermagem apresentou um balanço positivo correspondente a 4% do total de empregos da categoria, e os enfermeiros de 4,7%. Os médicos, apesar de deterem um balanço positivo, este foi de apenas 0,3% do total de empregos da categoria. Os dados que possibilitam a construção dos indicadores de rotatividade podem ser visualizados na tabela 21.

Em termos de sazonalidade do nível do emprego, ou seja, da variação mensal de admissões e desligamentos, a situação varia muito de uma categoria para outra. Entretanto, algumas características são comuns. Em geral, dezembro é mês de baixa, tanto em relação as admissões quanto a desligamentos. Janeiro foi o mês de maior número de contratações para o funcionalismo público, com 45% do total de contratações do ano de 1990. Para o caso dos médicos as contratações feitas em janeiro responderam por 11,5% das admissões realizadas no ano (tabela 22).

Tabela 21
Brasil: 1991.
Numero de admissões e desligamentos no ano por categoria (todos os vínculos).

Ocupação	Admissões no ano	Desligamentos no ano	Balanço no ano	Estoque de Empregos no an
Enfermagem	12562	10442	2120	44665
Engenheiro/Arquiteto	11747	16078	- 4331	53576
Func. Público Superior	29962	8938	21024	339477
Médico	26559	26044	515	152041
Pessoal Enfermagem	92791	79284	13507	343664

Fonte: Anuário RAIS 1990, publicação de 1994.

Tabela 22

Brasil: 1991.

Numero de admissões mensais de empregos por categoria.

Ocupação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Enfermagem	1213	955	1049	965	1093	7654	1266	1487	1017	1056	822	678	12562
Eng./Arq.	1365	1100	1548	734	797	961	969	1192	1014	865	719	522	11747
Fuc. P. Sup.	13613	905	1158	1824	1763	922	2783	1953	994	999	1044	508	29962
Médico	3064	2457	3107	2440	2190	2418	2547	2360	1886	1806	1687	1078	26559
Pos. Enferm.	9443	7443	8205	6999	7202	1937	9026	8752	7767	7661	7018	5621	92791

Fonte: MTb, RAIS, 1994.

3.Os sinais do mercado educativo em saúde: Indicadores de mercado futuro das profissões de saúde (?)

A análise dos sinais do mercado educativo em saúde tomará em conta apenas o segmento da educação superior. Antes de iniciar propriamente a análise dos dados relativos a área da saúde cumpre uma breve descrição dos dados gerais da educação superior no Brasil. Faremos essa descrição em termos puramente quantitativos e levando em conta dados parciais relativos ao movimento de matriculados no sistema de educação superior.

Aspectos gerais

Em linhas gerais, pode-se dizer que na América Latina, podem ser identificados três tipos de sistemas de educação superior: a) o de dominância pública; b) o de dominância privada, c) o de dominância compartilhada.

O Brasil, juntamente com a Colômbia, são os únicos países da região onde o setor privado é dominante em termos de matrículas. Cuba e Uruguai representam de forma mais radical os exemplos de dominância pública, característico do padrão dominante na América Latina hispânica. Nestes países as instituições privadas praticamente inexistem no sistema de Educação Superior. Somente nos anos recentes é que se observa alguma movimentação no Uruguai em torno a algum papel das Universidades Católicas. México, Perú, Argentina, Equador e Bolívia, pesem suas peculiaridades, também são países onde o setor público é de longe dominante em termos de matrículas. Nestes países o setor privado exerce daro papel complementar. O Chile será o exemplo que exibe dominância compartilhada entre os setores público e privado¹⁰.

A tabela 23 apresenta a distribuição do número de alunos matriculados no sistema de educação superior (SIS) no Brasil. Conforme se pode observar a maior parte dos matriculados (59%) se encontram em instituições do setor privado.

Tabela 23

Brasil: 1994.

Distribuição de matriculados no Sistema de Ensino Superior por tipo de Instituição.

Tipo de Instituição	Número de Matriculados	%
Público Federal	344387	21,6
Público Estadual	216535	13,6
Público Municipal	92594	5,8
Particular	941152	59,0
Total	1594668	100,0

Fonte: SEEC/MEC

¹⁰A dominância do setor público no SES da AL se explica em função das políticas públicas do desenvolvimentismo que responderam às demandas sociais por educação superior através da expansão das matrículas em instituições públicas. Brasil e Colômbia fogem ao padrão entre outras razões pelo fato de terem estabelecido os maiores programas de crédito educativo que promoveram suporte financeiro indireto para a expansão do setor privado. Ver Winkler, Donald. R: Higher Education in Latin America: Issues of Efficiency and Equity, World Bank Discussion Papers, Washington, 1990.

Os cursos da área da saúde detinham 12,1% do total de matriculados no SES no Brasil em 1993, participação que alcançava o índice dos 13,5% quando acrescidos aos cursos da área da saúde os cursos de ciências biológicas. Observou-se um ligeiro crescimento da participação dos cursos da saúde e biológicas ao longo dos últimos dez anos uma vez que em 1985 estes cursos somados representavam apenas 12% das matrículas.

As tabelas 24 e 25 apresentam os números de matriculados e concluintes de cursos selecionados da área da saúde.

Tabela 24**Brasil: 1993.****Número de cursos, diplomados e matriculados em cursos da área da saúde.**

Cursos	Número de Cursos 1993	Concluintes 1992	Matriculados 1993
Educação Física	123	4624	36190
Enfermagem e Obst.	106	3340	24470
Farmácia	52	3154	18979
Fisioterapia	52	1914	13125
Medicina	80	7074	47386
Nutrição	41	1169	9254
Odontologia	84	6172	33125
Terapia Ocupacional	16	229	1839
Psicologia	105	10281	48242
Serviço Social	71	2851	18556
Medicina Veterinária	37	1664	12954

Fonte: SEEC-MEC.

Tabela 25**Brasil: 1994.****Dados de graduação de novos cursos.**

Graduação	Número de Cursos	Concluintes 1992	Matriculados 1993
Musicoterapia	04	57	258
Ortótica	02	30	165
Prótese Max Facial	02	31	263
Proj. Manut. Op. Ap. Méd. Hosp.	01	-	136
Psicomotricidade	01	-	244
Radiologia	03	-	338
Fonoaudiologia	31	1168	7254

Fonte: SEEC-MEC.

Sistema de Ensino Superior da Saúde: Dominância privada (1)

De acordo com os dados do SEEC, 50,2% dos cursos da área de saúde são mantidos por organizações e instituições privadas e os restantes 49,8% por instituições públicas. As instituições de ensino federais respondem por mais de 1/3 de todos os cursos superiores da área da saúde, sendo que as instituições estaduais (maior preponderância do estado de São Paulo) respondem por mais de 15% do total dos cursos.

Curioso observar que detendo mais de 50% dos cursos da área de saúde as instituições particulares de ensino em saúde detém tão somente 48% do total de alunos matriculados nos cursos da área de saúde. Este fenômeno é devido ao fato das instituições públicas de ensino serem em geral maiores que as congêneres particulares. O caso da medicina será exemplar. Em 1993, as instituições de ensino médico particulares detinham 40% dos cursos de medicina existentes no país e menos de 14% do total de alunos matriculados em cursos médicos. Assim também apenas 16% dos 7.315 concluintes de cursos médicos diplomados em 1991 eram egressos de escolas médicas particulares.

A tabela 26, apresenta o índice de participação do setor público relativamente à manutenção dos principais cursos superiores da área da saúde. Conforme se pode observar os cursos de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia são aqueles em que o setor privado tem maiores índices de participação. A participação do setor público é mais destacada nos cursos de medicina veterinária, medicina, enfermagem, farmácia e odontologia.

Tabela 26

Brasil: Distribuição de cursos selecionados da área da saúde por tipo de Instituição Mantenedora.

Graduação	Total	Federal	Estadual	Municipal	Particular
Educação Física	123	31	19	11	62
Enfermagem	106	34	20	8	44
Farmácia	52	21	8	2	21
Fisioterapia	52	7	5	1	39
Medicina	80	32	11	5	32
Nutrição	41	18	4	-	19
Psicologia	105	21	8	3	73
Serviço Social	71	17	8	6	40
Veterinária	37	18	9	-	10
Odontologia	84	27	15	5	37
Musicoterapia	4	-	1	-	3
Ortótica	2	1	-	-	1
Prótese Max. Facial	2	-	-	-	2
Proj Manut Op Ap Méd. Hosp.	1	-	1	-	-
Psicomotricidade	1	-	-	-	1
Radiologia	3	-	-	-	3
Terapia Ocupacional	16	3	2	-	11
Fonoaudiologia	31	2	3	1	25

Fonte: SEEC.

Uma linha de questionamentos interessante para investigação diz respeito a hipótese de seletividade do investimento privado em educação, no Brasil dos anos setenta e oitenta, pelo menos, em direção as áreas de menor custo e maior rentabilidade de curto prazo. Esta "seletividade" é sugerida por Winckler (1990, op. cit. p. 11), em documento do Banco Mundial, que a aponta para a expansão do setor privado em direção a programas de menor qualidade e custos na descrição dos SES do Brasil e da Colômbia¹¹. No Paraguai, em 1991, o gasto público por estudante na carreira de medicina foi 42 vezes superior ao gasto por estudante em economia e cerca de 69 vezes o gasto por estudante nas carreiras de Lei e Ciências Sociais¹².

A variação na demanda por cursos de graduação em saúde

É importante para as análises que seguem reter em mente o fato que enquanto a década dos setenta assistiu, conforme se sabe, a um importante crescimento da demanda efetiva por ensino superior, a década dos oitenta

¹¹ Para o autor isto explica o porque das instituições privadas terem uma participação desproporcional nos programas instrucionais de ES de mais baixa qualidade tanto no Brasil quanto na Colômbia.

¹² Nos Estados Unidos, em 1986, o orçamento das escolas médicas foi de aproximadamente 10 bilhões de dólares. Neste mesmo ano o gasto com a formação de enfermeiros atingiu mais de 1 bilhão de dólares e o gasto com a formação de dentista alcançou cerca de 851 milhões de dólares. Em termos proporcionais os gastos totais com ensino médico corresponderam a 2,6% do total de gastos realizados no setor saúde daquele país. (Ver Girardi, 1994, Patterns of Utilization...)

será marcada por uma importante desaceleração desse crescimento (inclusive com variação negativa em alguns anos). Para os anos noventa se verificará uma tímida recuperação das matrículas no Sistema de Educação Superior no Brasil. Estes dados podem ser conferidos pelo quadro seguinte (tabela 27).

Tabela 27

Brasil: Anos selecionados.

Evolução das matrículas totais no SES.

Ano	Número	Taxas de Crescimento Anual
1960	95641	-
1965	154981	10,1%
1970	425478	22,4%
1975	1072548	20,3%
1980	1377286	5,1%
1985	1367609	- 0,14%
1993	1594688	1,9%

Fonte: SEEC-MEC.

As razões que levaram a esta desaceleração estão já bem estabelecidas. Em primeiro lugar houve uma disposição governamental de frear o crescimento do ensino superior. Através de resoluções do extinto Conselho Federal de Educação ou de decretos executivos, as autorizações para criação de novos cursos foram suspensas em 1974, em 1982 e em 1985.

Uma outra razão menos explorada diz respeito às mudanças de composição na demanda por educação superior, geradas particularmente pela situação de crise econômica. Estas serão responsáveis, entre outras coisas, por um declínio relativo da participação do setor privado no total de matrículas, uma vez que conforme se sabe a maioria esmagadora dos alunos que freqüentam o subsistema privado são trabalhadores (mais ou menos 75%). De fato, enquanto que no início dos anos oitenta o setor privado alcançará o cume de sua participação com 64% dos matriculados no SES, em 1993 sua participação tinha baixado para 59% do total de matrículas. A crise econômica também afetará o perfil da demanda na medida em que ocasiona uma entrada mais precoce no mercado de trabalho dos grupos sociais em desvantagem.

Algumas áreas específicas, como é o caso da saúde, terão aumentado sua participação no total de matriculados (de 12% para 13,5% entre 1985 e 1993 conforme já visto). As reorientações na demanda efetiva por cursos refletirão já alguma forma de correção de rota orientada por expectativas de realização futura das profissões nos mercados correlacionadas aos chamados custos de oportunidade¹³.

Tendo esta questão mais geral como pano de fundo podemos passar à descrição dos sinais do mercado educativo em saúde propriamente ditos.

¹³Esta seria pelo menos a opinião dos autores do documento "Mercado de Trabalho Brasileiro: Estrutura e Conjuntura, MTb / IEI-UFRJ, 1987; especialmente o capítulo 11 (O Sistema Educacional e a Formação Profissional). Neste documento os autores expressavam que a opinião de que o desempenho quantitativo do SES no Brasil chegava a ser preocupante sugerindo mudanças de políticas.

Os sinais do mercado educativo em saúde propriamente ditos

As variações dos fluxos do sistema de educação superior podem funcionar como importantes indicadores que sinalizam tanto para aspectos dos mercados educativos como para expectativas em relação ao mercado futuro de determinadas profissões. O acompanhamento, por exemplo, dos movimentos do número de inscritos no exame vestibular, do número de desistentes e concluintes dos cursos da área da saúde ao longo do tempo podem ser tomadas como indicadores da demanda por cursos. Estes indicadores podem ser interpretados como sinais do mercado educativo das profissões de saúde. O exame de indicadores compostos a partir dessas variáveis fornece-nos também valiosas informações acerca da expectativa da população relativamente ao exercício das diversas profissões da saúde num momento dado. Desde que analisados com a devida cautela funcionam como sinais de "mercado de trabalho futuro".

Desde esta dupla perspectiva procederemos a seguir um esforço de análise desses indicadores para o setor saúde nos últimos dez anos para os quais dispomos de dados.

Índices de inscritos no vestibular e relação candidatos-vagas

A movimentação de inscrições no exame vestibular no período 1985-1993 pode ser cotejada conjuntamente com a relação candidato-vaga por curso para algumas carreiras da área da saúde. As tabelas 27 a e 27 b apresentam estes dados para apreciação.

Tabela 27 a
Brasil: 1985-1993.
Índice de crescimento percentual do número de inscritos no vestibular para os cursos da área de saúde.
Base 1985 = 100.

Curso	1985 (Abs)	I 1985	I 1991	I 1992	I 1993
Medicina	119256	100	142	146	166
Odontologia	81393	100	145	140	132
Enfermagem	23633	100	119	116	135
Farmácia	19698	100	129	135	159
Nutrição	9737	100	126	130	136
Fisioterapia	10025	100	167	266	181

Fonte: SEEC, 1994.

Alguns dados merecem destaque. Começamos pelas retrações da procura observada para os cursos de odontologia, enfermagem e fisioterapia. De fato, ocorreu uma queda, em

termos absolutos, nas inscrições para o vestibular de 1992 nas carreiras de odontologia (115.924 inscritos em 1992 contra 117.976 em 1991) e enfermagem (27.517 inscritos em 1992 contra 28.192 inscritos em 1991). No ano de 1993 as inscrições para o vestibular seguem em linha descendente para a odontologia com 107.699 inscritos ao passo que a enfermagem experimenta uma ligeira elevação com 31.995 inscritos em primeira opção. O curso de fisioterapia experimentou uma forte retração dos inscritos no vestibular no ano de 1993. Os demais cursos (medicina, farmácia e nutrição) experimentaram índices ascendentes no período. A maior estabilidade do comportamento das inscrições (ascendentes) para o vestibular de medicina é um fato que chama a atenção tanto mais se levarmos em conta o maior nível de concorrência que acompanha este curso, conforme se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 27 b

Brasil: Relação candidato-vaga em cursos selecionados da área da saúde.

Curso	Relação Candidato/Vaga em 1992
Medicina	22,14
Odontologia	15,37
Enfermagem	3,76
Farmácia	6,14
Nutrição	4,14
Fisioterapia	4,14

Fonte: SEEC-MEC, 1994.

Índices de afastamentos e desistências

Os índices de desistência ou afastamento relativos a estes cursos podem ser tomados para complementar a análise (tabela 28).

Tabela 28

Percentual de alunos afastados sobre o total de matriculados em carreiras da saúde em anos selecionados.

Curso	1985/1986	1992/1993
Medicina	2,4	4,6
Odontologia	2,6	3,7
Enfermagem	6,7	16,8
Farmácia	6,5	14,4
Nutrição	8,3	15,6
Fisioterapia	4,3	9,7

Fonte: SEEC-MEC.

Fenômeno comum a todas as carreiras discriminadas foi o aumento do percentual de afastamentos sobre o total de matriculados no período. Nota-se que a fisioterapia que teve o

volume de inscritos no vestibular quase triplicado no período 85-92 ($i = 266$) apresenta um fortíssimo incremento do percentual de afastamentos sobre o total de matriculados. Os cursos de odontologia e medicina são os que apresentaram os menores índices de desistências, fato que corrobora a hipótese de maior estabilidade dessas carreiras. A enfermagem, juntamente com a farmácia e a nutrição apresentaram índices de desistência bastante grandes. A enfermagem, conforme se pode ver, é o curso que apresentou o maior percentual de desistências por total de matriculados¹⁴.

Índices anuais de diplomados e concluintes

A tabela 29 apresenta a evolução dos diplomados em alguns cursos da área de saúde entre 1985 e 1992 no país.

Pode-se afirmar que não se observa um padrão homogêneo no fluxo anual de diplomados nos diversos cursos selecionados da área da saúde. De fato, os índices anuais de variação dos diplomados apresentam algumas diferenças que merecem ser destacadas.

Tabela 29

Brasil: Índices de variação anual do número de concluintes em cursos selecionados da área da saúde.

Ano base = 1985.

Curso	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Medicina	100	96	91	94	95	92	97	94
Odontologia	100	101	100	105	103	101	114	116
Enfermagem	100	93	85	82	72	70	75	73
Farmácia	100	102	95	111	111	104	114	134
Nutrição	100	94	93	92	89	94	92	90
Fisioterapia	100	78	78	89	110	139	155	152

Fonte: SEEC/MEC

Carreiras como medicina, enfermagem e nutrição apresentam índices negativos.

De fato observa-se:

(i) uma variação negativa ligeira para os concluintes dos cursos de medicina ($i = 94$ em 1992) e nutrição ($i = 90$ em 1992);

(ii) forte variação negativa para os concluintes de enfermagem ($i = 73$ em 1992).

As demais carreiras discriminadas apresentam variação positiva, com destaque para a fisioterapia.

Pode-se supor que o dado de concluintes é o que exerça efeito mais imediato sobre o comportamento dos mercados de trabalho.

¹⁴Para melhor entendimento desse fenômeno haverá que complexificar a sua análise, levando em consideração, entre outros fatores, os dados da reopção e das transferências inter-carreiras já no interior dos ciclos básicos das universidades (esse destaque foi sugerido pela Professora Maria Auxiliadora Christóforo, presidente da ABEn, em reunião da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para a Saúde do Conselho Nacional de Saúde, nov. 1994).

II. Aspectos da Regulação Institucional das Profissões e das Relações de Trabalho no Setor Saúde*.

1. Aspectos Conceituais e Metodológicos

Aspectos Conceituais Básicos

Algumas palavras em torno ao que concebemos como sistema das relações de trabalho, assim como sobre nossa concepção de regulações sobre o sistema das profissões são necessárias para iniciar o assunto. Buscaremos ser bastante sucinto nas definições aqui apresentadas¹⁵.

Um sistema de relações de trabalho pode ser concebido em dois níveis inter-relacionados. Primeiro, como um sistema de relações entre os atores constitutivos da relação de trabalho; quer dizer, entre os empregados e os empregadores, fundamentalmente - mas também, com maior ou menor peso, dependendo do país ou setor de atividade, as agências regulatórias e no limite - o público; considerados seus interesses e os recursos político organizativos de que dispõem. Segundo, como um sistema de normas ou regras (formais e informais) que governam a relação de trabalho. Aqui se incluem as regras da contratação individual e coletiva do trabalho, as regras de determinação dos termos e condições de emprego, as regras sobre direito de organização e representação coletiva, as regras que estruturam a negociação de conflitos, o direito de greve, etc. Uma hierarquia provisória dessas regulações normativas, conforme o critério de seu maior ou menor grau de juridificação, e a dinâmica de sua produção social, deve levar em conta, pelo menos, as distinções entre leis constitucionais, legislação ordinária, regulamentos e normas administrativas e normas (formais e informais) do local de trabalho.

A regulação de um sistema de relações de trabalho inclui tanto o conjunto das instituições, normas e hábitos (formais ou implícitos) que condicionam e suportam as relações de trabalho como o processo e os mecanismos de elaboração e implementação dessas normatividades sociais. No primeiro caso, temos uma dimensão mais técnica enquanto no segundo

¹⁵ Maiores detalhes sobre estes conceitos podem ser encontrados em Girardi, S. (1994, Pattern of Utilization ...).

temos uma dimensão mais explicitamente política, essencialmente pragmática, da regulação. O sistema das relações de trabalho no setor público e sua regulação compreendem o conjunto de aspectos acima mencionados aplicados à economia do setor público ou a algum setor ou ramo específico desta.

As regulações do sistema das profissões por seu turno, também podem ser concebidas nos dois níveis acima referidos, à diferença que os mecanismos para o estabelecimento das normas e regras da regulação profissional podem ser classificadas segundo o objeto da regulação em quatro níveis:

- (i) restrições para a entrada no mercado de trabalho (basicamente relacionados aos mecanismos de registro, certificação e licenciamento de profissionais; as credenciais e pré-requisitos educacionais e demais normas que regulamentam o direito de prática ou o exercício profissional;
- (ii) as regulações concernentes ao controle e vigilância dos resultados do trabalho profissional (responsabilidade civil e penal, seguros de má prática);
- (iii) as regulações relativas à ética e à qualidade técnica do trabalho profissional;
- (iv) as regulações econômicas sobre preços de serviços e salários profissionais.

Procedimentos metodológicos básicos

a) Para a identificação das tendências da regulação do sistema das relações de trabalho temos adotado os seguintes procedimentos:

- Revisão e análise do marco-constitucional e da legislação básica atinente às relações de trabalho no Brasil;
- Pesquisa bibliográfica;
- Análise básica de experiência internacional;
- Análise de agenda de sindicatos de empregados e empregadores do setor saúde e de agências regulatórias do trabalho (Ministério do Trabalho, DRTs, etc) através de realização de entrevistas com dirigentes dos órgãos e consulta as suas publicações.

b) Para a identificação de tendências da regulação profissional e dos esquemas e estratégias de profissionalização das ocupações do setor saúde adotando os seguintes procedimentos básicos:

- Revisão histórica da legislação de regulamentação profissional no Brasil;
- Pesquisa bibliográfica;
- Comentários acerca de aspectos da experiência internacional (principalmente nas Américas).

Análise da agenda dos Conselhos Profissionais e Sindicatos de Profissionais da Saúde, através da realização de entrevista com dirigentes dessas entidades e consulta aos periódicos e publicações regulares destas entidades em nível regional e federal.

Aspectos da regulação das relações de trabalho

De forma um pouco simplificada pode-se dizer que existem dois tipos básicos de sistemas de relação de trabalho: o sistema estatutário, onde a maior parte dos termos da relação de trabalho e dos direitos e deveres das partes constitutivas da relação de trabalho estão previstas e especificadas em lei e o sistema negocial, onde estes tópicos são assegurados contratualmente por acordos e convenções entre empregados e empregadores e suas representações (Pastore, 1994).

Pode-se dizer que estes modelos não existem em forma pura em nenhum país do mundo. Na verdade, o mais comum é que as duas formas se misturem em proporções mais ou menos variadas de acordo ao país. Nenhum sistema negocial, por exemplo, prescinde da formalização legal dos termos e condições do emprego. Os acordos e convenções coletivas firmados em país com sistema de relações de trabalho de corte mais caracteristicamente negocial são reconhecidas pelas agências reguladoras com status de autoridade pública na matéria. Assim os países com sistemas de relações de trabalho de corte mais legalista também efetuam com maior ou menor grau de intensidade, a depender do caso, acordos e convenções coletivas mais ou menos independentes dos entraves jurídico-legais. Os Estados Unidos possuem um sistema de relações de trabalho tipicamente negocial, pelo menos a partir dos anos trinta e representam o primeiro caso. No entanto, esse sistema negocial tem amparo na Lei Wagner, de 1935, que instituiu nesse país um amplo esquema de seguridade social e de proteção ao trabalho. A importância da negociação coletiva (*collective bargaining*) dos termos e condições de emprego nesse país é bastante acentuada, inclusive em setores como o de serviços de saúde. Autores como Michel Aglietta, um dos expoentes da escola da regulação, atribuem às convenções coletivas de trabalho firmadas nesse país, especialmente a partir dos anos do New Deal, papel determinante na hegemonia do capitalismo americano na economia mundo nos anos do pós-guerra. O México, talvez seja o maior representante do primeiro caso, onde a figura da contratação coletiva é estabelecida desde a própria Constituição.

O sistema das relações de trabalho no Brasil

Conforme se sabe o sistema de relações de trabalho brasileiro tem inspiração nitidamente estatutária, desde suas origens¹⁶. 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). Na atualidade, entretanto, sob a pressão dos acontecimentos, pode-se perceber uma forte movimentação em torno à flexibilização do sistema das relações de trabalho. Ponto central dessa movimentação são as demandas em torno à expansão da contratação coletiva.

As demandas em torno à expansão da contratação coletiva de trabalho, agudizadas no decorrer dos anos noventa, não se limitam à economia privada. Elas encontram forte apelo também no setor público e não somente entre os sindicatos de trabalhadores públicos mas também no seio da moderna gerência deste setor. Os servidores públicos civis, conforme se sabe, são regulados por instrumento especial (os estatutos do funcionalismo público e o Regime Jurídico Único, já em vigência no nível federal e em alguns estados). O Regime Jurídico Único do servidor caracteriza-se pela unilateralidade. Assim, apesar das negociações coletivas ocorrerem com frequência crescente na prática, inexistia ainda na lei o contrato bilateral no setor público.

O setor de saúde não permanece alheio às demandas por crescimento da contratação coletiva. Com um sindicalismo jovem - mais de 75% dos sindicatos da área foram criados após 1970 - e com forte presença de categorias profissionais com formação universitária, o sindicalismo da área da saúde, tem exercido forte pressão a favor da adoção da contratação coletiva no setor público. Com efeito, na opinião de sindicalistas do setor público da área da saúde entrevistados pelos autores (os SINDSAÚDE de São Paulo e Minas Gerais) a maior flexibilização das relações de trabalho e o crescimento da contratação coletiva são procedimentos necessários para a modernização e efficientização do sistema de relações de trabalho no Brasil. Essa opinião é compartilhada por gerentes do setor público e por dirigentes de entidades de empregadores, como a FENAESS. A instituição da Mesa Nacional de

¹⁶A 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. Apesar de consideráveis alterações, a Constituição de 1988 manteve relativamente intacta a base de sustentação do modelo corporativista de regulação das relações de trabalho: a unicidade sindical; composição de conflitos via judiciário trabalhista e imposto sindical compulsório.

Negociação do Sistema Único de Saúde (SUS) por resolução do Conselho Nacional de Saúde em maio de 1993, representou, sem qualquer sombra de dúvida, um importante passo na direção da generalização de práticas e hábitos de negociação permanente entre empregadores e empregados dos serviços públicos de saúde. Em que pesem os inúmeros problemas de implementação, essa iniciativa carrega o mérito do reconhecimento governamental explícito da adoção de estratégias negociais na gestão das relações de trabalho¹⁷.

As relações de trabalho na Constituição de 1988

No capítulo dos Direitos Sociais a Constituição de 1988 assegura como direito do trabalho, entre outras coisas:

- relação de emprego protegida contra demissão arbitrária ou sem justa causa;
- seguro-desemprego e fundo de garantia por tempo de serviço;
- salário mínimo nacional unificado;
- décimo terceiro salário;
- remuneração superior para trabalho noturno;
- participação nos lucros e excepcionalmente na gestão das empresas;
- jornada de trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais;
- gozo de férias anuais e direito a repouso semanal;
- aposentadoria por tempo de trabalho e idade;
- proteção ao trabalho da mulher e dos jovens;
- reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho.

Em relação à liberdade sindical a Constituição dá um passo à frente: o Art. 8º da Constituição assegura a livre associação profissional ou sindical sem necessidade de autorização do Estado para a fundação do Sindicato. O Estado ou a autoridade pública somente poderá exigir o registro sindical no órgão competente. O direito de greve é assegurado a todos os trabalhadores e a presença dos sindicatos é estabelecida como obrigatória nas negociações coletivas do trabalho.

A Constituição, entretanto, ainda coíbe a liberdade e a pluralidades sindicais. Está proibida, por exemplo, a criação de mais de um sindicato (mais de uma organização sindical) na mesma categoria profissional ou econômica para a mesma base territorial. A Constituição também mantém intacta a figura do imposto sindical.

¹⁷A primeira contratação coletiva no setor público de saúde no Brasil foi implantada a partir de meados de 1988 no Hospital do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - Iamsp, de São Paulo.

As demandas por mudanças na regulação do trabalho no setor público: O panorama internacional e o caso brasileiro

A questão da regulação das relações de trabalho no setor público tem figurado na agenda política de uma série crescente de governos nos anos noventa. As agências estatais de administração do trabalho e cada um dos diversos ramos da economia pública de diferentes países encontram-se discutindo os difíceis e crescentes problemas surgidos nessa esfera, freqüentemente com as organizações de empregados dos serviços públicos.

Em que pesem as especificidades de cada caso nacional, alguns pontos são comuns constituindo-se numa espécie de elenco fixo de uma agenda internacional. Dentre esses pontos, podemos destacar a estabilidade no serviço público; a instituição de práticas de negociação coletiva na administração pública; a flexibilização dos sistemas e formas de remuneração do trabalho; a questão da centralização excessiva da gestão das relações de trabalho, entre outros.

Numa fórmula sintética, parece que o que está em "jogo" é a rigidez dos sistemas das relações de trabalho de maneira geral e de forma específica no setor público que caracterizaram, com intensidade variável conforme o país, o que o enfoque regulacionista denominou como modo de regulação fordista da economia.

Particularmente no caso do setor público, parte dessa rigidez dos sistemas fordistas de regulação do trabalho reside na gestão unilateral do emprego público. A gestão unilateral da relação de trabalho pelos governos trouxe como corolário um duplo problema a ser enfrentado: a ausência do hábito da negociação - considerada em alguns casos, inclusive, como lesiva ao interesse público - e a inexistência de estruturas permanentes e regulares de negociação de conflitos e concertação de interesses que permitam o equacionamento das disputas laborais do setor sob um ambiente integrativo (ou cooperativo).

De fato, Edward Yemin (1993) ressalta que uma das mais importantes mudanças de mentalidade no campo das relações de trabalho na economia pública tem sido o declínio da idéia de poder soberano e autônomo dos governos com relação aos seus empregados. Entretanto, a idéia do poder soberano do Estado ainda está longe de ser letra morta. De uma forma ou de outra, esta idéia teria inspirado, na última metade do século, na maioria dos

países do mundo, os “códigos” de trabalho que regulam as relações de trabalho entre empregados e empregadores públicos, os famosos “estatutos” dos servidores públicos. A figura da estabilidade dos servidores públicos apareceria nesses estatutos, entre outras coisas, como contrapartida à determinação unilateral dos termos e condições do emprego e às restrições à liberdade de organização dos empregados no setor que a idéia do poder soberano governamental acarretava. A partir de finais dos anos setenta, entretanto, o panorama sofreu rápidas mudanças tornando-se crescente o apelo das soluções negociadas nos casos de disputas laborais e a adoção de enfoques que priorizam a busca do consenso entre Estado e servidores públicos para as decisões acerca de termos e condições de emprego.

Na verdade, essa mudança de mentalidade esteve associada ao crescimento da importância da questão das relações de trabalho na economia pública e responde aos diversos fatores. Em primeiro lugar, ela é decorrência do longo processo de expansão e diferenciação do setor público que, para todos efeitos retrocede a década dos setenta. De fato, desde os anos do pós-segunda grande guerra, o setor público das economias ocidentais vem experimentando um crescimento continuado, tanto nos níveis totais do emprego quanto no leque de funções por ele desempenhado. Este crescimento afetou a administração pública direta tradicional mas foi particularmente importante em áreas sociais “novas”, como a educação, a saúde e a seguridade social. Ao mesmo tempo se observou grande crescimento e diversificação da organização sindical dos funcionários e trabalhadores públicos, renovada especialmente pelo impacto das novas áreas mistas de provisão pública e privada de serviços, como a saúde e a educação. Em muitos países, o crescimento do número de membros dos sindicatos, associações e organizações de interesse de servidores públicos, foi vertiginoso nos anos recentes. Na década dos oitenta, por exemplo, este crescimento alcançou índices muito maiores que os observados para o setor privado. Com este crescimento e importância do setor em termos de produção de serviços e do número e organização dos trabalhadores, era de se esperar que também aumentasse os conflitos e o potencial conflitivo na economia pública. Ademais, os custos do trabalho no setor público absorveram crescentes parcelas do orçamento regular dos governos assumindo consequências não desprezíveis para as finanças públicas e as decisões de políticas macro-econômicas. Com isto, o impacto dos conflitos laborais e das pugnas salariais no setor ultrapassou os limites da arena econômica assumindo importância em termos políticos. Em síntese, foi a articulação desse conjunto de fatores que teve como resultado maior visibilidade política para a questão da regulação do trabalho no setor público.

Os pontos centrais da agenda das reformas

Os países que buscam hoje mudar seus sistemas de relações de trabalho nos serviços públicos tem enfocado os seguintes tópicos:

- (i) a forma e condições da representação de empregados e empregadores nos serviços públicos;

- (ii) métodos e procedimentos de interação, intermediação de interesses e concertação entre gerência e trabalho no setor público no sentido da determinação dos termos e condições de emprego e termos do serviço público;
- (iii) critérios de determinação de pagamento e finalmente;
- (iv) como enfrentar as disputas e conflitos no serviço público.

O enfrentamento dessas questões não tem sido desprovido de problemas, especialmente pelo fato dos governos assumirem um papel ambíguo no que se refere à regulação do trabalho no setor público. Como provedor dos serviços ele se comportará como um agente empregador na relação de trabalho: deverá se preocupar com o adequado número e qualificação dos servidores, com sua adequada motivação para o trabalho, sua produtividade e qualidade, com as normas de organização e disciplina no trabalho, com o controle de custos, etc. Como agência reguladora, intermediária da relação de trabalho, o governo deverá se preocupar com o estabelecimento de termos justos para a cooperação no trabalho; isto é com a justiça salarial, com os salários dignos, numa palavra o governo e a autoridade pública devem atuar como poder "equalizador" das iniquidades advindas do livre jogo das forças do mercado de trabalho (em consonância com o princípio Rawlsiano da diferença). Ademais, é o próprio governo o formulador de políticas macroeconômicas que afetam profundamente a performance dos mercados de trabalho; seja no setor público (diretamente) seja no setor privado. Por fim, como "representante" da razão pública; função que definitivamente não lhe é exclusiva, deverá o governo se preocupar com o bem estar da comunidade a que serve e nesse sentido arbitrar a relação de trabalho no interesse dos usuários dos serviços.

As normas do regime internacional

As normas e convenções adotadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), constituem, certamente, um dos principais conjuntos de prescrições regulatórias sobre relações de trabalho determinadas pelo regime internacional.

A Convenção nº 151 (Public Service Labour Relations Convention), foi aprovada por largo consenso inter-países na Conferência Internacional do Trabalho de 1978. Baseada em estudos comparativos internacionais sobre sistemas de relações de trabalho no setor público, esta pode ser considerada a norma internacional mais compreensiva sobre a matéria. Prescreve-se a ampla liberdade e independência de organização dos trabalhadores do setor público e estimula-se a negociação entre trabalho e gerência. Esta convenção, conforme veremos, foi acompanhada por uma série de resoluções de caráter mais pontual, que irão reforçar a idéia da instituição das práticas de negociação coletiva no setor.

a) Sobre o direito de organização:

A convenção nº 87 da OIT, de 1948, no seu artigo 2º que dispõe sobre a Liberdade de Associação e a Proteção do Direito de

Organização, estabelece o direito à livre organização de todos os trabalhadores sem distinção de qualquer espécie. Além do mais; sem autorização prévia. Excluídos desse direito estariam tão somente os membros das polícias e das forças armadas.

Muitos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento praticam esse direito no setor público, na prática e na lei. Muitos outros, entretanto, não permitem a livre organização dos servidores públicos, na lei, ainda que na prática exista um sem número de organizações de empregados públicos em pleno funcionamento (ao "arrepio" da lei, diríamos no Brasil, mas sem serem penalizadas). Alguns países - a maioria - impõem restrições a esse direito. O problema, parece, estaria no estabelecimento da legitimidade dessas restrições e no elenco das categorias ocupacionais e setores da atividade aos quais se aplica. Ademais da proibição de organização aos membros das forças armadas e das polícias, alguns países estendem a proibição as outras categorias, mais comumente aos altos funcionários de estado e cargos públicos de confiança.

Alguns países requerem que os servidores públicos se organizem em entidades diferenciadas, não podendo se juntar aos trabalhadores do setor privado, com a intenção - segundo a argumentação usual - de não permitir que os interesses da atividade pública sejam diluídos nas reivindicações gerais. Seria uma espécie de discriminação positiva para salvaguardar o zelo pelo interesse público.

b) A questão da representação coletiva do empregador público:

Nos sistemas de negociação coletiva é assumido que cada parte deverá se fazer representar na mesa por representantes coletivos, isto é, no mínimo por organizações de empregados e empregadores.

A organização de empregadores, no caso do setor público, tem sido entendida como particularmente complicada. Diferenças de níveis de autoridades governamentais autônomas nos países federados, diferenças entre poderes legislativo e executivo, diferenças setoriais, etc, complicam o problema da representação. Onde o sistema é praticado observa-se que o governo tende primeiro a se organizar internamente (Yemin, 1993).

Algumas das principais questões que poderiam ser levantadas para a definição da representação de empregadores públicos são as seguintes. De quem é a responsabilidade de formulação da posição do governo no caso das negociações no plano federal? Cada setor ou ramo definem sua posição autonomamente? A representação seria de um conjunto de ministros (Ministro do Planejamento, da Administração, da Fazenda) que estruturam uma comissão interministerial "ad hoc"? Poderia se estabelecer uma espécie de Câmara de Negociação com participação de todos os ministérios substantivos envolvidos? Percebe-se claramente que essa é uma questão que não pode ter resposta categórica ou apriorística. Devemos examinar a empiria no assunto, desde uma perspectiva pragmática. Nos EUA e no Canadá a negociação, largamente inspirada no *modus operandi* do setor privado, tende a ser altamente descentralizada - cada setor faz sua própria negociação. No Canadá, embora existam mais ou menos 80 unidades de negociação coletiva no setor público, no nível federal, o Treasury Board, tem sido nomeado

como agência responsável para representar o governo como empregador em todas essas unidades de negociação. Essa agência é também a responsável pela coordenação dos trabalhos com a gerência em cada um dos departamentos e setores governamentais envolvidos. Em alguns países as autoridades locais têm plena autonomia na determinação das decisões sobre relações de trabalho. Nesses casos, as autoridades locais, por vezes, constituem associações para coordenar decisões e ações no âmbito das relações de trabalho (o autor cita a Dinamarca, o Reino Unido, a Suécia, a Austrália e a Alemanha entre esses casos). Podemos antever a ocorrência de problemas no plano intermunicipal devido às diferenças entre os partidos políticos no plantão administrativo das diversas localidades. A organização e a concertação intermunicipal e interestadual de empregadores, nos casos em que as autoridades locais têm autonomia para determinação da relação de trabalho nos serviços públicos tem se mostrado bastante inefetiva (no caso dos EUA). Na França e na Alemanha (nessa última só para os servidores públicos permanentes), a negociação das relações de trabalho no setor público é prerrogativa do governo central (Yemin, 1993).

c) Métodos para determinação de termos e condições de emprego:

Nas decisões a respeito da estrutura salarial, classificação de postos, benefícios e incentivos, pensões, etc, o comum é os governos tenderem, se possível, a definir essas questões unilateralmente. Se pressionados, no entanto, se forçados contingencialmente a tal, irão negociar, vaticina Yemin (1993). A experiência internacional tem demonstrado que apesar de incentivarem a negociação coletiva no setor privado, os governos tendem a negá-la quando se trata do setor público. O reconhecimento e a prática da negociação coletiva só tem aparecido depois de longa luta e significativa pressão por parte de fortes e mais militantes organizações de trabalhadores públicos (Yemin, 1993: 474).

Conforme adiantamos, a determinação unilateral dos termos e condições do emprego tem sido, de longe, a prática dominante nas relações de trabalho no setor público. A idéia do poder soberano dos governos e a crença da autoridade pública como encarnação da razão pública têm ocasionado na maior parte das vezes uma discriminação negativa das organizações coletivas do trabalho no setor público. Mas recentemente, o que se tem observado é uma mudança mundial em direção a enfoques mais integrativos, que reconhecem maior ou menor participação das organizações do trabalho na determinação dos conteúdos específicos da relação de trabalho no setor. Essa é uma tendência que se vem observando na última metade do presente século em diversos países. Uma subtendência que vem sendo identificada aponta na direção de integrações menos fortes para interações mais fortes: da consulta à negociação coletiva dos termos e condições de trabalho. Uma terceira tendência aponta em direção das negociações coletivas informais para as formais e legalizadas.

d) A negociação coletiva no setor público:

A convenção nº 154 de 1981, da OIT, condena os países membros a ratificarem a idéia da promoção de negociação coletiva em todos os ramos da economia, inclusive nos serviços públicos.

Na maioria dos países industrializados e em parte crescente dos países em desenvolvimento os termos e as condições de emprego no setor público têm sido crescentemente determinadas como resultados de negociação coletiva; seja ocorrendo de fato por pressão sindical ou numa via mais sistemática, por decisão bilateral. A tendência tem sido: primeiro, os governos são pressionados para negociações coletivas ad hoc e isoladas pelos sindicatos e organizações de interesses de empregados de serviços públicos (não poucas vezes como resultado de disputas e confrontações violentas como grandes greves). Num segundo momento os governos vão adquirindo o hábito de negociar com os servidores. Num terceiro momento, criam-se legislações específicas regulamentando a matéria e institucionalizando o procedimento da negociação. A seguir apresentamos um quadro sumário sobre a negociação coletiva no setor público em diversos países.

Países onde existem negociações coletivas no setor público:

PAÍS	ANO	OBSERVAÇÕES
Austrália	1911	Primeira Legislação.
Reino Unido	1919	National Joint Industrial Councils.
Alemanha	1952	Federal Civil Servants Act.
Estados Unidos	1962	Executive Order (setor federal) seguida posteriormente por 40 estados.
	1978	Civil Service Reform Act of 1978.
Canadá	1967	Nível Federal, Quebec e outras províncias.
Bélgica	1974	Legislação.
França	1983	Legislação (distúrbios em 1968).
Itália	1983	Legislação (distúrbios em 1968).
	1993	Reforma e ampliação do escopo da Legislação.
Espanha	1987	Legislação.
Venezuela	1991	Legislação.
Argentina	1992	Legislação.

* Colômbia, Peru, Holanda e Uruguai, apesar de não terem legislação na matéria, e a negociação coletiva nos serviços públicos legalmente institucionalizados, praticam-na em bases ad hoc.

** Fonte: Yemin, 1993, op. cit.

Em geral, observa-se que os pontos mais importantes que necessitam ser regulados quando do estabelecimento de procedimentos de negociação:

- os procedimentos e formas de reconhecimento das organizações do trabalho com vistas à negociação coletiva;

- b) a estrutura de negociação;
- c) o elenco de problemas e questões negociadas (áveis);
- d) o efeito legal dos acordos concertados.

Alguns exemplos latino-americanos

No caso da América Latina, os governos de países como México, Paraguai, Costa Rica, Argentina, Uruguai e Chile, assim como o Brasil e mais recentemente o Peru, no quadro geral de reformas do Estado, vem se perguntando especificamente sobre como regular as relações de trabalho no setor público.

O Uruguai tem sido até agora o único país da América Latina a ratificar a totalidade das convenções da OIT sobre as relações de trabalho no setor público. Assim ocorre com as normas relacionadas à ampla liberdade de organização e a negociação coletiva no setor público, especificadas na Convenção nº 151 sobre relações de trabalho no setor público e a Convenção nº 154 relativa à negociação coletiva.

Mais recentemente a Costa Rica tem realizado importantes progressos nas negociações entre o governo e os sindicatos no desenho de uma legislação que regula as relações de trabalho no setor público incluindo direito de greve e de negociação coletiva. Esse é o caso de matéria apresentada no legislativo desse país em fins de 1993 (International Labor Review, 1993).

No México, a reforma laboral é um tema que ocupa as autoridades governamentais e os atores das relações coletivas de trabalho desde os finais da década dos oitenta. Hoje, é crescente o consenso entre as principais organizações do trabalho (tanto o sindicalismo oficialista como o de oposição), as organizações de empregadores e decisivos setores da administração laboral mexicana, acerca da necessidade da maior aproximação dos dois instrumentos legais de regulação do trabalho, a Ley Federal del Trabajo e a Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, que regulam, respectivamente, o trabalho em geral e o trabalho nos serviços públicos. A idéia de superar a atual dicotomia e a conseqüente segmentação dos mercados de trabalho, promovida desde a própria Constituição, parece interessar a todos. Outro ponto que tem crescente consenso no caso mexicano diz respeito a questão da liberdade de organização e associação sindical independente da tutela do Estado (Girardi, 1994).

No caso do Paraguai, o atual governo, empossado em 1993, enfrenta a difícil situação de repensar formas e mecanismos mais modernos e efetivos de regulação das relações de trabalho no setor público e governamental. A Ley del Funcionario Público (Ley 200) que regula as relações de trabalho no setor desde o final dos anos sessenta, carrega a marca indelével do autoritarismo que lhe deu origem e vigência, e em nada é adequada ao atual cenário de democratização do país e de reinserção regional e internacional (Mercosul) da economia nacional (Girardi, 1994).

No Peru, as duas mais importantes reformas da legislação social do governo Fujimori, introduzidas por decretos legislativos, a Ley de Fomento del Empleo e a lei de criação de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones, que reforma a Seguridad Social peruana, foram antecedidas por mudanças na legislação sobre relações de trabalho que estabelecem novos procedimentos de administração e gestão do trabalho inclusive no setor público, acompanhando o processo irreversível de privatização da Seguridad Social.

No Brasil, a Constituição de 1988, com alguns de seus avanços mas principalmente suas enormes lacunas e anacronias no que tange à questão da regulação das relações de trabalho no conjunto da economia e, em particular, no setor público, também não deixam sala para o imobilismo.

Assim, não importando os sérios problemas de implementação dessas medidas, no Brasil como em qualquer desses países, o fato inarredável é que se abre um período de reformas constitucionais e das práticas das relações de trabalho, e isto deverá ocupar boa parte das agendas dos órgãos governamentais e dos vários grupos de interesses organizados no campo.

As relações de trabalho no setor público no Brasil

As relações de trabalho no setor público no Brasil, conforme já dito, têm especial regulação. A começar pelas normas de ingresso no setor público. Desde a Constituição de 1988 a investidura em cargo ou emprego público se dá por concurso público. Duas exceções a esta regra constituem os cargos em comissão, nomeados pelas autoridades competentes e os casos de contratação temporária (por tempo determinado) para atenderem a necessidade de excepcional interesse público. A constituição de 1988 reza que os âmbitos administrativos de governo federal, estaduais e municipais instituem o Regime Jurídico Único nos respectivos âmbitos de competência bem como planos de carreira para servidores da administração pública direta, das autarquias e fundações públicas. Ao servidor é assegurada aposentadoria por tempo de serviço e idade. Ponto importante: é garantido ao servidor público o direito à livre associação sindical e o direito de greve que será exercido nos termos e nos limites definidos em lei complementar ainda não

promulgada. No plano federal a Lei nº 8112 de 1990 instituiu o Regime Jurídico Único para os servidores públicos civis dos poderes da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Alguns estados também instituíram, acompanhando a recomendação constitucional, o Regime Jurídico Único no âmbito de suas competências.

A questão da estabilidade do servidor público é contemplada no art. 41 do texto principal e nas disposições transitórias (arts. 18 e 19). Conforme o texto constitucional têm estabilidade os servidores concursados após dois anos de exercício efetivo. Nas disposições transitórias estabelece-se estabilidade para servidores não admitidos por concurso que à época da promulgação da Constituição tenham completado pelo menos 05 anos de exercício efetivo continuado. Atualmente, a figura da estabilidade do servidor público encontra-se fortemente questionada. A questão está na agenda política do governo federal e de diversos estados.

Apesar da recomendação e crescimento dos vínculos regidos pelo estatuto do servidor público civil e Regime Jurídico Único a partir da Constituição de 1988, alguns estados e municípios mantêm servidores sob o regime CLT. Verifica-se também, particularmente nas grandes unidades hospitalares públicas uma presença importante de serviços "terceirizados". Esta forma de utilização de mão-de-obra tem maior tradição e frequência em áreas como serviços de limpeza, alimentação, manutenção predial, mas é crescente em serviços mais qualificado, inclusive nos serviços médicos.

O direito de sindicalização do servidor público civil, consagrado no inciso VI do artigo 37 da Constituição de 1988, representa marco formal de um movimento real mais amplo e de importância inédita no campo do trabalho e sindicalismo no Brasil. A incorporação definitiva dos servidores públicos no movimento sindical e grevista deu-se durante a transição política da ditadura à democracia, em que os segmentos sociais intermediários, desde o final da década de setenta e início dos anos oitenta, têm avançado em seu processo de organização e mobilização coletiva. A livre organização sindical, como garantia do servidor público civil, não pode ser suprimida de nenhuma lei estadual versando sobre o regime jurídico dos funcionários (Dallari, 1993).

O processo tem sido conduzido e seus resultados consolidados por uma estratégia sindical de confrontação, caracterizada pela oposição sistemática às políticas governamentais e por um esforço de imposição de vontade mediante a mobilização grevista. Entre 1978 e 1986, os servidores públicos, juntamente com os assalariados de classe média, foram responsáveis por 24.6 % das paralisações do trabalho, suplantando, desde 1980, qualquer outro setor em jornadas de trabalho perdidas (Nogueira 1993). Ainda que não tenha garantido a manutenção do salário real, essa estratégia assegurou a construção do poder sindical numa sociedade democratizada. Nesse sentido teve muito êxito (Tavares de Almeida, 1993).

A noção de servidor público - como funcionário ou burocrata no sentido weberiano - vê-se assim questionada, na prática, pelo movimento real, transitando para a noção de trabalhador

público, em face de suas tentativas de afirmar-se como força de trabalho, em conflito com o Estado por meio da atividade sindical e grevista. A posição do trabalhador público passa a se aproximar da posição de qualquer trabalhador assalariado, mas guardando uma diferença essencial: o trabalhador público não é um assalariado de produção de mercadorias e de valor.

A explicação para essa transição servidor-trabalhador encontra apoio não só na deterioração econômica, salarial e das condições de trabalho dos empregados públicos, como também na formação e/ou reorganização das entidades de classe no setor público, que se alinham ao movimento trabalhista e sindical mais geral. Ainda que no mundo associativo do trabalhador público uma parcela significativa das entidades e associações não alterou substancialmente sua forma tradicional de ser (de caráter mutualista, recreativo e cultural), o que se observa na atualidade é uma aproximação mais acentuada com a prática sindical.

No entanto, diferente dos trabalhadores do setor privado, a Constituição manteve livre, em certa medida, a tradição associativa e a organização sindical dos servidores públicos. Em certa medida porque estas se subordinam aos preceitos jurídicos e legais que caracterizam a Administração Pública, matéria de Direito Público e Administrativo. A liberdade de associação sindical de servidores implica uma associação civil que tem como finalidade, princípio e objetivo a defesa dos interesses do trabalhador do setor público (Nogueira, 1993).

As relações de trabalho estabelecidas diretamente entre Trabalho e Estado, até o presente, têm-se caracterizado - pela força da tradição - pela unilateralidade, pela ausência de contrato entre as partes e até mesmo pela ausência de liberdade. Seria esse o preço da estabilidade, da segurança no emprego e de outros "benefícios" existente no setor público? O padrão de relações de trabalho característico do setor público não é propriamente um padrão burocrático, profissional e moderno. Os elementos de uma cultura nepotista e clientelista, próprios do patrimonialismo, estão presente e desempenham um papel importante nas relações de trabalho de segmentos significativos na esfera pública.

Essa relação vai conformar uma certa especificidade ao sindicalismo no setor público, marcada pela longevidade das greves e por movimentos gerais de categorias, em vez de movimentos locais e de curta duração, pelas negociações demoradas e difíceis, e por longas jornadas de trabalho perdidas. Além dessas, duas outras características singularizam o sindicalismo no setor público: a liberdade e a pluralidade sindicais e a contribuição sindical não-compulsória, esta bem mais caracterizada como contribuição sindical autorizada diretamente pelo filiado.

Box Nº 1

Contratação Coletiva de Trabalho e Negociação Coletiva no Setor Público.

A visão da FENAESS, conforme entrevista com seu assessor jurídico é a de que "o contrato coletivo de trabalho não existirá no Brasil se não se mudar a CLT; assim como não existirá, também, a "terceirização". A contratação coletiva reclama uma legislação específica. "Tem que haver mais liberdade do que a prevista nas atuais leis"... "Nós não temos contrato coletivo de trabalho; nós temos acordo coletivo e convenção coletiva do trabalho; depositados na DRT". Quanto à negociação coletiva no setor público o problema é que "o estado não tem liberdade de contratar. Ele não tem a liberdade do setor privado... Ele só pode fazê-lo por concurso... ou por concorrência pública. Nós tínhamos antes o decreto 2300 de 1986 e agora a Lei 8666 de 1994 que regulam a contratação de serviços, de obras... "São necessárias alterações na legislação do trabalho; "A CLT é de 1943. Passaram-se 51 anos. Não se pode imaginar que o fato regulado pela CLT não tenha alterado durante esse tempo". Em que pese "a universalidade da CLT", determinados aspectos de grande importância não estão abrangidos como é o caso da terceirização. "Na CLT não se abrange nem se exclui a terceirização... E há uma outra série de aspectos introduzidos a partir da Constituição Federal de 1988 que carecem de regulamentação. Existem perto de 300 dispositivos constitucionais que carecem de regulamentação específica. Uma série desse na área trabalhista. É o caso, por exemplo, a participação do empregado nos lucros da empresa. Mas, em paralelo, não se pode esquecer que o acordo é lei entre as partes (em matérias que não contradigam a lei). Então, apesar de não termos uma lei que regule a participação nos lucros nada obsta que se constitua, legalmente, acordo na matéria". Quanto à oportunidade das mudanças declara o assessor jurídico da FENAESS, "a questão da regulação do trabalho, da relação trabalhista na área é uma constante na nossa prática. Nós agora estamos começando a fazer, outra vez, um capítulo para regulamentar a matéria, especificamente na área da saúde"... "Porque muita coisa a gente consegue através dos acordos e convenções coletivas de trabalho. Mas não contra a lei. A alteração de uma lei se consegue por duas vias: em primeiro lugar com base no judiciário quanto a lei é inconstitucional; ou então através de um trabalho político, para o qual o momento é impróprio".

Fonte: Entrevista com Consultor Jurídico da FENAESS

Com a Constituição de 1988, os servidores públicos civis alcançaram expressamente o direito de sindicalização e o direito de greve. Contudo, o direito à negociação coletiva de trabalho, dado o silêncio da Constituição, dividiu e ainda divide os especialistas em Direito do Trabalho e Administrativo, pois sendo as relações dos servidores públicos de tipo estatutário, reger-se-iam basicamente pelos princípios do Direito Administrativo. Os servidores estariam, portanto, inexoravelmente impedidos de se utilizarem da negociação coletiva de trabalho, dado o caráter unilateral do sistema estatutário. Essa tese esquece-se dos avanços do Direito do Trabalho. Além disso, a Constituição de 1988 não determina nem induz o impedimento da negociação coletiva de trabalho aos servidores públicos (Siqueira Neto, 1993).

Não há como estender aos servidores públicos os acordos e convenções coletivas do setor privado da economia, pela simples razão de que esses instrumentos normativos decorrem, necessariamente, do acordo de vontade dos agentes que o instituem, situação absolutamente distinta daquela do setor público. Longe de significar que a negociação coletiva de trabalho aos servidores públicos seja inviável, isso apenas indica a necessidade de se estabelecer mecanismos e institutos que possibilitem a organização institucional dessas especificidades, determinando os sujeitos e os níveis da negociação, as matérias e os assuntos suscetíveis de regulamentação por negociação coletiva, bem como indicando os temas - raros - de regulamentação legal.

As particularidades do direito coletivo do trabalho dos servidores públicos, em face à Constituição Federal de 1988, e em especial no que diz respeito à negociação coletiva de trabalho, precisam ser devidamente adequadas por meio de uma lei federal específica, de acordo com os princípios e fundamentos consagrados no Direito Internacional do Trabalho e com devida delegação de assuntos referentes à negociação coletiva de trabalho aos níveis estaduais e municipais (Siqueira Neto, 1993).

A eventual regulamentação dessa natureza deverá abordar, entre outros, os seguintes tópicos: critérios de aferição de representatividade das organizações sindicais; estrutura, sujeitos, níveis e formas de negociação coletiva, bem como os meios de composição dos conflitos coletivos; e a regulamentação do direito de greve, visando a proteção do direito a vida e a segurança da população, de acordo com os preceitos estabelecidos pela Organização Internacional do Trabalho.

Box Nº 2

Contratação Coletiva de Trabalho e Negociação Coletiva no Setor Público.

Conforme o SINDSAÚDE (SP) a instituição de práticas de negociação e da contratação coletivas do trabalho são procedimentos essenciais para a democratização e a reforma necessárias do Estado (e dos serviços públicos). A negociação e a contratação coletiva no setor público tem uma especificidade, entretanto, relativamente ao setor privado, devido ao fato que, entre outras coisas, grande parte desses procedimentos têm que ser definidos em lei. O processo é mais complexo que no setor privado pela maior quantidade e mesmo pela natureza diferenciada dos atores envolvidos ademais de representantes dos trabalhadores e dos governos (como empregador). O contrato coletivo no setor público pode se viabilizar de duas formas básicas: num primeiro caso através de algum nível de renúncia do legislativo. Nessa via, o legislativo, em grande parte dos procedimentos, cumpriria fundamentalmente o papel de respaldar ou amparar ou referendar as decisões e negociações relativas às relações de trabalho acertadas e contratadas entre as partes, obviamente que respeitando o princípio da razão pública. Numa outra via, se trataria tão somente de encaminhar as questões da negociação definida entre as partes pela via legislativa normal, para aprovação legal ou indeferimento, conforme os procedimentos habituais. Uma outra ordem de questões se refere àquelas questões em que o governo, o executivo, tem autonomia constitucionalmente assegurada para decidir sobre elas. Nestes casos, trata-se de uma questão de disposição do governo para a negociação com os trabalhadores.

Fonte: Entrevista com o diretor do SINDSAÚDE de São Paulo

Algumas notas à guisa de conclusão: O caso brasileiro

A atual conjuntura expõe uma profunda fratura do que denominamos em outra ocasião como o "Estado no Trabalho" no Brasil (Girardi, 1994). O conjunto das organizações e instituições jurídicas, legais e burocrático-administrativas com status de autoridade pública para regulação das relações de trabalho no Brasil reclama urgentes reformas. Para além dos problemas genéricos das relações do Estado com a economia, a sociedade e a questão do desenvolvimento - a chamada crise de hegemonia - tal fratura revela, especificamente, na sua extremidade exposta, duas pontas: numa delas, a incapacidade confessa do Estado - nos níveis de governo federal, estaduais e das prefeituras - em gerir sua própria força de trabalho. A mais triste e simplória evidência dessa incapacidade se expressa na miséria e iniquidade salarial do

setor. Na outra ponta, o Estado revela sua inépcia na formulação e implementação de políticas regulatórias para o conjunto dos mercados de trabalho, coerentes com as novas e legítimas configurações de interesses vigentes no processo de democratização da sociedade brasileira.

Pelo lado das relações entre gerência e trabalho a estratégia de confrontação, imputada ao movimento sindical mas, é importante que se diga, também constitutiva do sistema de crenças da gerência pública, está claramente esgotada. Para o movimento sindical, o paradigma do confronto e as estratégias de ação coletiva a ele vinculados, particularmente no setor público, não vem sendo capaz, sequer de manter o poder dos sindicatos, para não falar em salário real, em melhores condições de trabalho e dignificação das relações entre gerência e trabalho no setor.

Crescentes setores das lideranças sindicais entendem ser necessário formular outro tipo de estratégia, sob o que alguns vem denominando paradigma integrativo. A estratégia de jogar o jogo de trocas das relações de trabalho, como um jogo de soma zero, já não é capaz sequer de manter o emprego público. Compreendem esses setores ser necessário avançar com procedimentos de construção de espaços de cooperação entre gerência e trabalho que impliquem em ganhos na direção da reforma dos serviços públicos - em nome da razão pública - e na reforma da relação de trabalho, em nome da justiça e da igualdade. A estratégia da negociação coletiva, como bem destaca Douglas Braga (1993), não significa simples conciliação mas implica em "legitimidade e reconhecimento". "Supõe mobilização e organização no local de trabalho. Promove a ampliação do espaço democrático de atuação e o fortalecimento organizativo".

Na área pública, é evidente que o sindicalismo não pode mais deixar de assumir como seu o problema da crise do Estado. A alternativa de negar a enfrentar o problema - persistindo na defesa estreita dos interesses corporativistas - só fará aprofundar a crise e, nessa medida, dificultar cada vez mais a sustentação dos próprios interesses dos servidores públicos. É preciso construir uma reforma do Estado que lhe devolva a capacidade de atuar onde deve, no provimento de serviços sociais e na regulação social da economia.

O Contrato Coletivo de Trabalho bem como a instituição de hábitos de negociação e conveniação de interesses em moldes inclusionistas e de aprofundamento dos procedimentos democráticos pode apresentar-se como formulação síntese, capaz de traduzir toda a complexidade de um processo voltado a alterar o sistema vigente de relações de trabalho. Assim, concordamos com a tese de Siqueira Neto (op. cit) acerca de que o contrato coletivo de trabalho não deve representar apologia de um documento formalista regulador do trabalho em uma ou mais categorias. Trata-se, antes de mais nada, de uma estratégia de construção de um sistema de relações de trabalho democráticas no setor público.

Box Nº 3

Arranjos Neo-Corporativos e Relações de Trabalho no Brasil Recente: as Câmaras Setoriais.

E: *Quando teve início, no Brasil, a experiência das Câmaras Setoriais?*

WK: *Na verdade essa é uma experiência recente. As Câmaras Setoriais foram criadas, por lei, no primeiro semestre de 1991. Foram concebidas, originalmente, como um fórum para a negociação da saída do plano Collor II, para saída do congelamento de preços, ou seja, como fórum para a saída negociada do programa de estabilização. Foi só posteriormente, a partir de fins de 1991 e inícios de 1992, que as Câmaras Setoriais se transformaram num fórum de negociação da formulação da política industrial. No meio desse processo, estimulado pela equipe econômica da Dorothea Werneck - então na direção da pasta da Economia - as Câmaras Setoriais passaram a assumir um papel de fórum de formulação de políticas industriais. No início do governo Itamar, elas passaram para a órbita do Ministério da Indústria e Comércio e foram ampliadas com a criação de novas Câmaras Setoriais (no início, conforme dissemos, elas estavam na órbita do Ministério da Economia e Planejamento, então fundidos no ME). Tinha-se, na verdade, todo um modelo institucional desenhado. Mas esta ampliação do escopo da ação das câmaras durou pouco. No final das contas, ao longo do próprio governo Itamar elas acabaram sendo desarticuladas ao invés de reforçadas, muito pela atuação da nova equipe econômica que era radicalmente contra esse modelo das Câmaras Setoriais: nomes como Edmar Bacha e Gustavo Franco eram contra a estratégia das câmaras. Ocorre uma acentuada polêmica em 1993 e primeiro semestre 1994, que apareceu, inclusive muito na imprensa, envolvendo de um lado os Ministérios do Trabalho sob a direção do Walter Borelli e da Indústria e Comércio (o ministro Andrade Vieira) que sempre apoiaram as Câmaras Setoriais e a equipe econômica que boicotaram a experiência. O problema é que a participação da pasta da economia é sempre fundamental. Nos processos de negociação. Na verdade, pelo que eu pude acompanhar houve sempre uma ausência da representação econômica, o que contribuiu para sua desativação, embora as coisas continuassem andando, a exemplo da câmara da indústria automotiva. São mais de 25 câmaras.*

E: *Qual o lugar das questões das relações de trabalho e do emprego nas negociações das Câmaras Setoriais?*

WK: *Não existe um padrão definido. Isto depende muito da câmara em questão. Algumas apresentaram maiores avanços logrando acordos como o da indústria automotiva, o da indústria naval, a de brinquedos e -por incrível que pareça - o da câmara setorial da construção civil onde o processo de negociação está bastante avançado. Discutem-se, em geral, metas de investimento e de produção e de emprego e também tem a parte de relações de trabalho propriamente dito. No caso da indústria automotiva há uma*

série de cláusulas sobre a negociação coletiva; o encaminhamento da contratação coletiva envolvendo todas as categorias; cláusulas salariais, sociais, sindicais, de benefícios; programas de qualificação e reciclagem profissionais de todos os trabalhadores... . O que eu acho extremamente interessante é que você negocia de forma tripartite as linhas centrais da política industrial de um setor e ao mesmo tempo você busca construir um espaço de convergência de interesses divergentes. Essa é a grande novidade das Câmaras Setoriais ao lado do fato de que pela primeira vez, na história do nosso país, os sindicatos estão sendo chamados a assumir um papel protagonista na definição de políticas públicas.

E: Existe (ou pode-se traçar) algum paralelo - mesmo que diacrônico - entre a experiência recente do Brasil, em torno das Câmaras Setoriais, e os processos ocorridos nos Estados Unidos durante o regime regulatório associacional do New Deal? Conforme destacam alguns autores vinculados ao enfoque state capacity (Stephen Skowronek, Theda Skocpol e Marc Eisner entre outros) a esta época as se buscou traçar políticas regulatórias de estabilização industrial através da organização e integração dos grupos de negócio (do trabalho e do capital) na elaboração e condução do processo governamental naquele país.

WK: Na verdade, a experiência das câmaras, da forma como eu as entendo, pode ser associada ao modelo teórico do neo-corporativismo. Sem falar da experiência dos Estados Unidos, que eu não conheço em profundidade, pode-se dizer que o conceito de neo-corporativismo, mais exatamente a expansão do conceito na literatura sobre o neo-corporativismo, começou a se difundir em meados dos anos setenta e anos oitenta. Uma de suas vertentes, que reúne autores como Lembruch e Schmitter, entre outros, articula uma dupla dimensão do conceito. De um lado ele respeita a uma forma específica de intermediação de interesses; pensando aí as organizações sindicais e as organizações empresariais em suas relações como o estado. De um outro, na sua outra dimensão, ele respeita às formas específicas de produção de políticas públicas; enfim, formas tripartites de produção de políticas. Os modelos neo-corporativistas "clássicos", digamos assim, estariam representados pelos países escandinavos e a Alemanha, até início dos anos oitenta. Nesses casos você tem sistemas de negociação bastante centralizados: organizações sindicais e empresariais muito centralizadas que tem canais de acesso diretos ao Estado e, também, sistemas negociais bastante institucionalizados (formalizados) de formulação tripartite de políticas. Mais recentemente, a partir de meados dos anos oitenta assiste-se a uma espécie de mudança de enfoque, uma espécie de ampliação do conceito de neo-corporativismo com a introdução do conceito de meso-corporativismo. Essas experiências clássicas com modelos centralizados e institucionalizados são referidas como macro-corporativismo. Quer dizer, são sistemas de regulação mais centralizado e em geral abrangem o âmbito nacional. As organizações de representação são de âmbito nacional.

No conceito de meso-corporativismo, muito desenvolvido a partir dos anos oitenta, os atores correspondem a organizações setoriais de interesse, tanto entidades sindicais quanto empresariais em articulação com agências públicas específicas também organizadas setorialmente. São processos de regulação setoriais. A idéia de meso-corporativismo vai por aí: para o lado da regulação setorial. Eu estou, na verdade, tentando trabalhar com esses dois conceitos. Pensando em utilizá-los para o estudo da experiência brasileira recente. Mas isto não tem sido fácil. Entre nós, a produção e a reflexão acadêmicas no tema é relativamente escassa. Inclusive pelo fato de no Brasil esse debate sobre corporativismo ser politicamente complicado, extremamente complicado. Por conta da herança corporativista oficial tradicional, que é pesadíssima, quando você fala de neo-corporativismo existe uma tendência de associação com o corporativismo tradicional assumindo uma conotação mais pejorativa. O que eu fico pensando é em articular esse arcabouço teórico conceitual com a experiência brasileira mas em caráter muito exploratório, usando esse conceito de meso-corporativismo...

E: Voltando às Câmaras Setoriais recentes... Elas estariam em algum lugar no meio desses dois modelos?

WK: *No caso do Brasil as câmaras são, com certeza, de caráter setorial. Mesmo que elas articulem os setores em âmbito nacional elas são fundamentalmente articulações setoriais. Na prática, não existe nenhuma instância de articulação formalizada entre as câmaras. Existia, até, no modelo original das Câmaras Setoriais a proposta de criação de uma câmara coordenadora, de uma câmara centralizada, que articularia os processos setoriais, que eles chamavam de "Camarão". Setores da CUT chegaram a propor essa Câmara Coordenadora. Predominou a idéia de que o próprio governo poderia promover essa articulação. Mas, de qualquer forma, independente dessa discussão mais de fundo, o que deve ser ressaltado é que toda essa discussão a respeito das câmaras encontra-se extremamente "malparada" por conta do boicote da equipe econômica que tem hegemonia dentro do governo.*

E: Por que a equipe econômica é (foi) contra a estratégia das Câmaras Setoriais?

WK: *Na verdade a equipe econômica, e outros setores do governo e da sociedade - tem apresentado dois tipos de argumentos contra as câmaras. Por um lado, tem a questão da renúncia fiscal. O Gustavo Franco, por exemplo, diz textualmente, através de uma série de artigos publicados na imprensa, que a âncora dos acordos setoriais é a renúncia fiscal. No caso do acordo automotivo, conforme se sabe, o governo promoveu uma redução do IPI e do ICMS (esse recolhido no âmbito dos estados). Em contrapartida as montadoras se comprometeriam com uma redução das margens de lucro. A idéia geral era a do rebaixamento dos preços dos veículos. Uma das críticas então, que não se restringe à equipe econômica - essa crítica é mais geral -, é que a redução das alíquotas*

do IPI e do ICMS não seria compensada pelo maior volume de vendas ocasionado pela redução dos preços e ampliação do consumo. Na verdade, o estado estaria financiando o acordo através da renúncia fiscal. No caso do acordo automobilístico, entretanto, os dados disponíveis pela Receita Federal, apontam em sentido contrário. O comportamento de impostos como o IPI, o ICMS, o PIS, etc, acusaram uma elevação significativa. Há, noutras palavras uma elevação expressiva dos impostos setoriais que torna difícil manter o argumento da renúncia fiscal, ao menos no setor automobilístico. Na verdade, desde o início da experiência das Câmaras Setoriais, o setor automobilístico vem batendo recorde sobre recorde de produção e vendas. E, conforme se sabe, o efeito multiplicador disso é imenso, dado o enorme potencial integrador da indústria automobilística. No final das contas, o argumento da renúncia fiscal é de muito difícil sustentação. Por outro lado existe a crítica do corporativismo - e aí está a crítica mais difícil de ser afastada. A equipe econômica identifica na experiência das Câmaras Setoriais uns redutos do corporativismo tradicional. Os membros da equipe econômica não distinguem o corporativismo tradicional do neo-corporativismo. Para eles, nas Câmaras Setoriais, grupos corporativos se beneficiam do estado em detrimento do conjunto da sociedade. Na verdade, por aí eles criticam é todo um modelo de produção de políticas públicas, uma forma de articulação e coordenação de interesses na produção de políticas de governo. A tese da renúncia fiscal pega um outro viés.

E: Em síntese, poderíamos dizer que a crítica se baseia num duplo reducionismo. Por um lado se opera um reducionismo político e por outro uma crítica que opera uma outra espécie de reducionismo: do econômico ao fiscal... . Duplo reducionismo, aliás, que está na base da velha tese dos dois Brasis... .

WK: O Gustavo Franco fala inclusive que a Câmara Setorial é a Bélgica da Belíndia brasileira, para usarmos a "gíria" da economia. São setores da "Bélgica", trabalhadores e empresários dos setores mais organizados e mobilizados que associam para agravar a situação da "Índia". Quem paga o "pato" da associação Estado - Bélgica feita nos moldes corporativistas, através do mecanismo da renúncia fiscal, é a Índia. Eu particularmente acho esse tipo de argumentação extremamente equivocada porque não se pode em hipótese nenhuma associar as Câmaras Setoriais ao padrão corporativista tradicional.

E: Mas onde reside exatamente o equívoco desse argumento?

WK: A experiência do corporativismo no Brasil tem que ser pensada em uma dupla dinâmica. Um lado do padrão corporativista brasileiro consolidou um tipo de relação bipartite com o estado onde prevalece um acesso desigual das organizações do trabalho e empresariais diante do estado. As entidades empresariais sempre tiveram um acesso privilegiado às agências do estado e os sindicatos nunca detiveram participação efetiva nos processos decisórios. Resumindo,

prevaleceu, por este lado uma articulação pesada entre estado e empresariado com forte exclusão dos trabalhadores. Por aí vai a profunda diferença que marca o equívoco do argumento uma vez que o neo-corporativismo é por definição forjado por arranjos tripartistes. O outro lado do padrão corporativista brasileiro refere-se ao campo do sistema das relações de trabalho, quer dizer, o modelo de organização sindical determinada pela CLT montada a partir dos anos trinta e até hoje vigente em seus aspectos centrais. Esse modelo de uma certa forma imposto pelo estado tanto para o lado empresarial quanto pelo lado dos trabalhadores, mas mais para o lado dos trabalhadores porque conforme se sabe a organização do empresariado sempre teve uma margem de autonomia muito maior. Os institutos básicos dessa estrutura autoritária são a unicidade sindical como forma de representação; a contribuição sindical compulsória que garante a dependência do estado; a justiça trabalhista que promove, dentro do espírito da "prevenção do conflito" sua formalização regulada inibindo a negociação coletiva e a intervenção direta do estado em todos os assuntos sindicais (desde as eleições). Quer dizer, na verdade essa estrutura foi relativamente democratizada no processo constitucional de 1988. E aí cabe um comentário: atualmente existe no Brasil um imenso gap entre a realidade e a legalidade no sistema das relações de trabalho. A Constituição de 1988, por exemplo, promoveu uma certa "liberalização dos processos de autorização sindical e da negociação coletiva do trabalho; mas por outro lado ela manteve intactos alguns institutos básicos do corporativismo oficial: a unicidade sindical, o monopólio de representação; o imposto sindical obrigatório e a justiça sindical que na verdade se viu reforçada. Enfim, o que resultou do processo constitucional no que tange ao sistema das relações de trabalho foi uma coisa extremamente contraditória. Por um lado, a Constituição democratizou o sistema proibindo todo tipo de intervenção estatal direta nos assuntos sindicais; ela democratizou o arcabouço institucional legal das relações de trabalho, mas por outro lado ela manteve os estatutos centrais do corporativismo estatal. [O sistema confederativo, baseado em sindicatos de base municipal, federações estaduais por categoria profissional e confederações nacionais por categoria ou setor econômico]. Quer dizer, ela manteve o sistema confederativo oficial que é financiado pelo imposto sindical obrigatório. Por outro lado essa é uma estrutura corporativista extremamente descentralizada; normalmente no caso dos países escandinavos a estrutura é centralizada; as estruturas sindicais são centralizadas e as negociações são nacionais. No Brasil, o sindicato, em geral de base municipal é que detém oficialmente, por lei, a prerrogativa da negociação. A legislação não permite a negociação de "cúpula". Você não pode ter Centrais Sindicais negociando. Soma-se a isto o fato do calendário oficial de datas-base também ser extremamente descentralizado: é uma data-base para cada categoria; para cada município. É uma loucura, você tem uma infinidade de sei lá quantos milhares de datas bases... . Numa palavra, os eixos centrais da estrutura corporativa brasileira não

foram mexidos. Por exemplo, o princípio da unicidade sindical é mantido para todos os níveis de organização. Isto significa que na eventualidade de uma conjuntura política adversa as centrais sindicais podem ser legalmente proibidas.

E: *Como está o debate mais recente sobre estas questões, mais especificamente sobre o sistema das relações de trabalho no Brasil e a questão das negociações coletivas?*

WK: *Durante a gestão do Walter Borelli no Ministério do Trabalho, entre outubro de 1992 e abril de 1993 se estimulou muito o debate sobre a reforma das relações de trabalho no Brasil e sobre a implantação do contrato coletivo. Estes foram os dois eixos do debate: a extinção dos institutos corporativistas e a implantação da contratação coletiva. A idéia central da gestão Borelli era a promoção da reforma negociada em base tripartite do sistema das relações de trabalho no Brasil. Nesse sentido, inclusive, o MTb promoveu o Fórum Nacional sobre Contrato Coletivo e Relações de Trabalho no Brasil, juntamente com os Fóruns Regionais, em finais de 1993, bem como uma série de debates nacionais e internacionais; processo que culminou com a Conferência Nacional do Trabalho realizada em março de 1994. Ao que parece, enfim, é que vai se configurando uma certa convergência sobre a necessidade da extinção desse modelo. Agora, sobre o que vai decorrer daí, sobre o novo modelo que vai vir é uma outra história: há muita divergência sobre isto. A proposta da CUT, por exemplo, é de promover uma centralização progressiva tanto da estrutura sindical quanto dos processos de negociação coletiva. A própria organização interna da CUT aposta nesta direção. A CUT vem criando, conforme se sabe, federações estaduais e confederações nacionais por setor econômico no sentido de se contrapor ao sistema confederativo oficial. Isto começa pelos setores mais organizados: os metalúrgicos e os bancários já têm suas federações estaduais e confederações nacionais.*

E: *Explique de forma mais detalhada em que esta proposta difere do que poderia ser tido como uma radicalização centralista do modelo corporativista pensado nos anos trinta?*

WK: *Não existe qualquer radicalização porque não existe nenhuma linha de continuidade entre os dois modelos. O modelo que a CUT propõe é radicalmente distinto do modelo pensado nos anos trinta. A CUT propõe uma centralização sindical de fato e o modelo corporativista oficial no Brasil é extremamente descentralizado. Os processos de negociação também são extremamente descentralizados e fragmentados, sem a menor sincronia. Por exemplo, no Brasil, existem cerca de 18.000 sindicatos ao passo que nos Estados Unidos, que figuram como uma espécie de paradigma do pluralismo sindical, existem 180 sindicatos. O modelo confederativo oficialista baseia-se na unicidade sindical ao passo que a CUT defende o*

pluralismo sindical. A CUT caminha na direção dos modelos europeus que se caracterizam por maior centralização da organização sindical e da contratação coletiva embora com pluralismo na representação. O modelo brasileiro é, conforme disse, totalmente descentralizado e fragmentado e baseado na unicidade de representação por categoria econômica e profissional. A rigor só se pode ter uma federação por categoria naquela base territorial. Por outro lado a CUT está organizando toda uma estrutura paralela. A proposta é a destruição da estrutura oficial que ainda é reforçada pela legislação vigente. A figura do imposto sindical obrigatório somada à unicidade de representação garante a sobrevivência e a reprodução da estrutura oficial por uma série de mecanismos que influenciam nas eleições sindicais, na reprodução de quadros, etc.

E: Mas voltando à questão das Câmaras Setoriais... . Você dizia que a experiência do corporativismo brasileiro, numa das dimensões apontadas, a da relação das organizações coletivas do trabalho e do capital com o estado, tem a marca da articulação bipartite, com o acesso privilegiado das organizações do empresariado às agências estatais e a forte exclusão dos trabalhadores. As Câmaras Setoriais rompem com essa tradição e trazem um desenvolvimento novo?

WK: De fato elas apontam para processos de tipo tripartite. As Câmaras Setoriais estão apontando fórmulas de tipo meso-corporativistas. E aí, a discussão que se coloca é de como articular esses arranjos meso-corporativos com os requerimentos sistêmicos da economia nacional. Quer dizer, o problema é a articulação das vantagens corporativas de grupos, categorias e setores específicos com os requerimentos de conjunto da economia e da sociedade. A crítica nesse sentido me parece desfocada. A questão, me parece, não é a simples crítica das Câmaras Setoriais como arranjos corporativos. É preciso avançar na construção institucional de mecanismos da articulação de conjunto. Um fato extremamente interessante é que esses arranjos de tipo neo-corporativos não se limitam às Câmaras Setoriais. Veja o exemplo do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade - o PBQP - e o PACT, da década de 1990. Todos esses programas de qualidade e produtividade concebidos no contexto de liberalização da economia dentro das propostas de reestruturação produtiva. Todos esses programas, a partir de 1993, passaram a ter gestão tripartite. As centrais sindicais, o DIEESE, estão participando da gestão nacional desses programas e da gestão setorial. No âmbito do Ministério do Trabalho, pode-se citar o exemplo do CODEFAT (Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador), criado em 1990 para gerir os recursos do FAT. De composição tripartite, o CODEFAT está tendo excelentes resultados em termos de gestão. Este é um fundo superavitário que está emprestando dinheiro para a saúde, num contexto de falência pública mais ou menos generalizada. Este é um modelo de gestão

que certamente deverá ser seguido em outros órgãos. Mais recentemente podemos citar a proposta de criação do SIAT (Sistema Integrado de Apoio ao Trabalhador): a idéia é de ampliar as atividades relacionadas ao seguro desemprego para os processos de intermediação de mão-de-obra e reciclagem e qualificação profissional. Todo o sistema do SINE que estava desativado está sendo reativado e estão sendo estabelecidos convênios do MTb com as Secretarias Estaduais de Trabalho, com recursos do FAT. Em termos de gestão a proposta é da criação de estruturas paritárias tripartites. Foi criada uma comissão tripartite de emprego para coordenar o SINE Nacional e prevê-se a criação de comissões tripartites estaduais e municipais. No fim das contas, esses processos ademais de ocorrerem a nível das Câmaras Setoriais se reproduzem a nível das agências de estado, da gestão governamental setorial e mesmo em níveis mais descentralizados.

Fonte: Entrevista com Wilma Keller, do IESP, 15 de setembro de 1994.

2.Regulação das relações de trabalho no setor saúde: Sistemas de remuneração¹⁹

Um sistema de compensação do trabalho pode ser considerado como um capítulo particular das relações de trabalho. O capítulo que especifica exatamente aquilo que os demandantes de força de trabalho (os empregadores) "oferecem" aos trabalhadores em troca de seus esforços, seja em termos de "produtos", "resultados" ou "serviços", seja em termos de disponibilidade de tempo. O sistema de compensação é por outro lado aquilo que os ofertantes de força de trabalho (os trabalhadores) demandam no "jogo de trocas" das relações de trabalho. Os sistemas de compensação incluem as formas monetárias e as não monetárias de compensação. Nesse sentido eles ultrapassam o conceito de sistema de remuneração. O enfoque dos sistemas de compensação laboral neste marco deriva da concepção de que a relação de trabalho - embora não se resuma a tal - é principalmente uma relação de troca. A implicação básica desta concepção é a necessária explicitação das "utilidades" que qualificam a relação de trabalho em seus aspectos polares¹⁹.

Num nível mais funcional de análise, o Sistema de Remuneração pode ser visto como um dos mecanismos que serve para conciliar as necessidades, finalidades e expectativas que condicionam o funcionamento das empresas e organizações. Ele influi na combinação entre os requisitos das tarefas e as expectativas dos trabalhadores, num efeito denominado (pela teoria da administração) "esforço conveniente". Quando empregadores e trabalhadores se obrigam, mediante um contrato de trabalho, a uma retribuição, em dinheiro ou de outra espécie, está se trocando não uma quantidade de trabalho, mas um esforço de certa potência e magnitude. Mas estas coisas nunca são muito claras. Somente depois do contrato estabelecido é que as duas partes elaboram gradualmente as distintas maneiras em que a capacidade de esforço se transforma em atividade de produção. Como o esforço é uma experiência essencialmente subjetiva, que não pode ser medida (só a produção, resultado do esforço, é, às vezes, medida), normalmente é possível chegar a um acordo específico sobre os níveis precisos de esforço que sejam necessários para corresponder à remuneração oferecida. Portanto, pode-se produzir algum entendimento tácito a esse respeito, baseado na idéia do empregador e dos trabalhadores a respeito dos níveis de esforço e de remuneração que prevalecem em outras empresas. Aqui a referência é fundamental. Esse entendimento tácito sobre o esforço, que razoavelmente se espera em troca de determinado

¹⁹Para maior detalhe, ver Santana Girardi, 1991; op. cit.; Girardi, 1994, op. cit.

pagamento, é o que se denomina esforço conveniente. Este regula, pelo menos provisoriamente, os interesses - opostos na posição original - do empregador e dos trabalhadores neste campo (OIT, 1985, p.7).

Pragmaticamente falando um sistema de remuneração consiste de procedimentos para o pagamento do trabalho a indivíduos ou grupos de indivíduos, comportando formas variáveis. Sejam quais forem os princípios que norteiem sua elaboração, eles são um meio de se "controlar" o comportamento dos membros da organização com o objetivo de atingir um certo funcionamento da estrutura (eficaz ou conveniente).

A OIT reconhece dois principais sistemas de remuneração: Sistema de Remuneração por Resultado (RPR) e Sistema de Remuneração por Tempo.

A Remuneração por Resultado (RPR) é um sistema no qual os ganhos em dinheiro dos trabalhadores variam, segundo regras preestabelecidas, com as mudanças medidas em seu resultado, entendido no seu sentido mais amplo, qual seja, resultado não somente quantitativo e direto, mas também qualitativo e indireto. Na RPR, a remuneração é efetivamente determinada depois que se registra o término da tarefa e depende do resultado alcançado. As várias formas, dentro de um sistema de RPR, podem ser classificadas em: Individual (por tarefa/peça, por prêmios), De Grupo (por tarefa/peça, por prêmios) e de Seção, Departamento, ou Empresas (por prêmios, redução de custos).

No Sistema de Remuneração por Tempo o ganho é em função do tempo em que o trabalhador está à disposição de seu empregador. Não se leva em conta a variação do rendimento do trabalhador, o que lhe garante um ingresso estável e seguro todo o mês. Isso não significa que o resultado não tenha nenhuma importância na remuneração por unidade de tempo. De certo modo, não somente a RPR, mas também a remuneração por tempo, relacionam essa com o rendimento. A diferença é que na RPR essa relação é explícita, formal e previamente estabelecida. As formas de remuneração dentro de um sistema por tempo podem ser classificadas em: "Puras", Remuneração Fixa com Resultado Controlado e por Mérito.

Balanco entre vantagens e desvantagens dos Sistemas de Remuneração

Os estudos referidos da OIT realizam um balanço entre as vantagens e desvantagens dos dois sistemas básicos a partir da opinião de expertos de vários países e pesquisas/ estudos comparativos realizados no plano internacional.

As principais vantagens do sistema de remuneração por resultado poderiam ser assim agrupadas:

- podem resultar em substancial contribuição para o aumento da produtividade, para abaixar os custos e incrementar o rendimento dos trabalhadores;
- requer em geral menos supervisão direta para alcançar os mesmos níveis de produção e por isto permitiriam mais atenção em outros aspectos do resultado como qualidade;
- capacidade de auto-ativação da produção é maior.

Algumas das desvantagens que podem ser destacadas:

- é preciso mais atenção ao aspecto da qualidade. Este sistema leva com freqüência a uma deterioração da qualidade dos produtos e aumentos de gastos adicionais necessários para a aplicação de um adequado sistema de controle de qualidade;
- desgaste dos trabalhadores se as tarefas estão sobreestimadas ou se seus salários mínimos estão muitos baixos;
- descuido dos regulamentos de segurança no trabalho estimulado pela competição;
- despesas adicionais para o sistema de administração de nova forma de remuneração.

Em relação ao sistema de remuneração por tempo, alertam os especialistas da OIT, a principal vantagem deste sistema reside na simplicidade do método. Por um lado, os custos administrativos são mais baixos e o campo de pugnas em torno de remuneração inequitativas costumam ser mais reduzidas. Ademais este sistema facilita a cooperação entre os trabalhadores, ocasionam aceitação de mudanças e também geram maior segurança em relação as obrigações fixas dos trabalhadores em consequência da maior estabilidade de seus rendimentos.

Os principais riscos estariam determinados pela óbvia desvinculação entre esforço feito pelos trabalhadores, seja individual ou coletivamente e sua compensação em termos de ganhos.

A informação empiricamente disponível mostra que a grande maioria dos trabalhadores do mundo são remunerados por tempo.

Os sistemas de remuneração por tempo se justificam plenamente (se verificando empiricamente melhores resultados) especialmente nos casos de setores ou ramos de atividade onde:

- por razões técnicas ou de outra natureza for difícil mensurar os resultados do trabalho individual ou de grupo;
- o controle de qualidade for imperativo dado a necessidade de produção de alta qualidade e precisão;
- o trabalho for especialmente perigoso, envolvendo altos riscos. (Girardi, 1994).

Formas de remuneração do trabalho no setor saúde e a remuneração do trabalho médico

O trabalho no setor saúde e particularmente o trabalho médico costuma ser remunerado através de variadas modalidades. Uma lista não exaustiva dessas modalidades de remuneração do trabalho médico é a que foi elaborada pelo Sindicato dos Médicos do Uruguai para efeitos de um seminário latino-americano onde o assunto foi tratado:

- pagamento direto de honorários livremente pactado entre o provedor (o profissional) e o cliente (o paciente) sem a intervenção do terceiro pagador;
- pagamento na base de uma tabela de valores de atos, serviços e procedimentos. Nestes casos os valores são preestabelecidos e geralmente existe a figura do terceiro pagador (as tabelas podem ser estabelecidas desde dentro da corporação profissional, da corporação seguradora, etc);
- pagamento por caso ou diagnóstico, independente do número e tipo de atos ou "serviços", visitas ou atendimentos realizados;
- pagamento por capitação (por pessoa registrada ou convencionalmente assinada);
- pagamento de salário por tempo fixo;
- pagamento de salário variável em função de volume e qualidade de atos e procedimentos;
- pagamento de um mix-salário (parte fixa, parte variável).

O inventário de formas de pagamento do trabalho e serviços médicos empiricamente observável poderia se estender ainda um por um bom número de variantes.

Pragmaticamente, estas diversas modalidades poderiam ser agrupadas num número menor de tipos. Os tipos de agrupamento possíveis são variados e dependem basicamente dos objetivos pragmáticos que informam o trabalho.

Lee (1990), por exemplo, desde a perspectiva do controle de custos, que informou os esforços racionalizadores nos Estados Unidos no decorrer dos anos oitenta, divide as formas de remuneração do trabalho médico em quatro:

- (i) o pagamento por ato ou procedimento;
- (ii) o pagamento por caso ou diagnóstico;
- (iii) o pagamento por capitação;

(iv) o pagamento baseado em tempo.

Entretanto de uma perspectiva histórico-sistêmica e não menos pragmática poderíamos reduzir essas modalidades a dois sistemas básicos e reacomodar os grupos e tipos dentro desses dois sistemas. O primeiro sistema é que enfatiza o tempo como base de pagamento (que corresponderia ao regime de salário). O segundo enfatiza produtos ou resultados (podendo esse resultado ser expresso em termos de ato, caso tratado ou pessoa atendida). Entre um e outro sistemas se situariam os inúmeros arranjos de tipo mix. Na verdade esta tem sido a perspectiva de autores como Bodenheimer (1989).

Pagamento por Produtos-Resultados

T. Bodenheimer considera que o pagamento de honorários por serviços (fee for service) e o pagamento por capitação constituem os pólos extremos de um continuum baseado no nexo pagamento-tratamento. Entre estes pólos extremos se situariam uma imensa gama das formas intermediárias que fariam variar tão somente o grau ou nível de desagregação do ato ou procedimento eleito como unidade funcional para o pagamento.

Por exemplo, um nível de extrema desagregação é representado pelo pagamento em separado de cada procedimento singular, cada unidade de serviço isolada. A visita do médico, a consulta, a cirurgia, o parto (no caso da remuneração do trabalho); a remoção de uma sutura, o exame de laboratório, o eletrocardiograma, o engessamento (no caso dos serviços de apoio terapêutico ou diagnóstico); o bochecho e a escovação supervisionada (no caso da saúde bucal); etc.

Uma forma de pagamento mais agregada é representada pelo pagamento de taxas globais por serviços relacionados. Por exemplo: uma taxa global para a gravidez incluindo todas as consultas de pré-parto, o parto e o atendimento pós-parto como em alguns serviços de obstetrícia. Na prestação da assistência à saúde bucal baseada em consultórios é muito comum a regra do estabelecimento de orçamentos globais para tratamento completo.

Uma forma crescentemente utilizada nos sistemas de saúde se refere ao pagamento por grupos de diagnósticos relacionados. Este é o caso dos DRGs nos Estados Unidos; sistema que vem sendo utilizado para o pagamento de serviços hospitalares. Em que pese este sistema não ter sido desenhado para a remuneração do trabalho propriamente dito, senão que para o pagamento dos serviços, seus princípios básicos podem ser tomados e adaptados ao pagamento de força de trabalho (desde que com as cautelas necessárias).

De fato, a proposição de remuneração do trabalho médico fundamentada em escalas de valores relativas baseados na utilização de recursos, pode ser pensada como uma das adaptações do princípio das DRGs. Neste sistema a fixação (determinação) dos valores dos serviços profissionais médicos nas distintas especialidades tomam em consideração variáveis tais como: (i) o esforço e a intensidade do trabalho dedicado em cada caso; (ii) os custos incorporados ao trabalho em termos de capacitação e qualificação pregressas; (iii) os riscos diretamente ligados ao exercício profissional.

Finalmente, na modalidade de pagamento por Capitação se remunera o profissional por pessoa tratada ou capitada²⁰. Em sua versão clássica desenvolvida no sistema de saúde inglês, o médico recebe um montante de recursos por paciente capitado em um período de tempo específico. Neste caso, em geral independente do número de visitas ou consultas que tenha o paciente a soma total que o médico recebe não varia. Se pode combinar a capitação com a remuneração por unidade de serviços no sentido de incentivar a entrega de determinados serviços de acordo com a política de saúde do país ou prioridades da organização (como a Inglaterra vem fazendo para incentivar medidas preventivas e de promoção da saúde).

Por fora desse continuum (nexo pagamento-tratamento), expressando uma rationale essencialmente distinta, estariam tão somente as formas de remuneração baseadas no tempo. Isto pragmaticamente significa dizer que de um lado estão as formas salarizadas e de outro as outras.

De fato, no pagamento por salário todos os outros fatores (produção) estão fora, permanecendo somente o fator tempo. O médico é empregado pelas horas que trabalha na clínica, um certo número de noites ou por tempo integral.

Pagamento por Tempo X Pagamento por Resultado: Alguns Prós e Contras

A grande crítica que se tem feito a utilização de unidades de pagamento mais agregadas é que elas incentivam a sub-oferta (por vezes perigosa) de serviços ao paciente. Se de um lado o pagamento por procedimento é um incentivo "perverso" para o superfaturamento, por outro, o pagamento por caso ou por capitação tem um incentivo "perverso" para o sub-tratamento. Na verdade, está se aplicando um princípio econômico para todas as unidades de pagamento. Por uma dada unidade de pagamento, existe um incentivo financeiro para maximizar o número de unidades contadas, ao mesmo tempo que se minimiza a quantidade de "inputs" que são

²⁰ Outro conceito de capitação que não deve ser confundido com este refere-se ao sistema de pagamento a serviços de manutenção da saúde (ou seguradoras) por empresas ou organizações para atendimento de seus empregados. Neste caso, a organização seguradora ou mantenedora de serviços de saúde recebe um montante mensal ou anual por pessoa comprometendo-se com a sua atenção nas bases contratadas.

componentes dessa unidade. Em termos puramente econômicos, os médicos pagos por procedimento tem um incentivo para aumentar o número de consultas mas limitar o tempo gasto com cada uma delas; aqueles que são pagos por caso tem um incentivo para diagnosticar e tratar mais casos mas reduzir o número de consultas (visitas) por caso; e os médicos reembolsados por capitação podem ser motivados a aumentar o número de inscrição para poder acumular muitos casos de pessoas doentes.

O pagamento provido por salário não tem um real incentivo financeiro para trabalhar em determinado nível, exceto o tempo; por essa razão tem se utilizado de estratégias para aumentar a produtividade do médico, tais como a indexação de bônus por produtividade ou o direto controle burocrático (LEE, 1990).

Box Nº 4

O Sistema Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)

Escala de Valores Relativos Baseada em Recursos.

Em finais de 1989, o Congresso norte-americano passou uma legislação destinada a reformar o sistema de remuneração de serviços profissionais médicos praticado pelo Medicare. O sistema proposto, denominado RBRVS (resource-based relative value scale), baseia os valores de pagamento em três componentes principais: o trabalho do médico; as despesas de prática; e os riscos da prática (custos do seguro de responsabilidade profissional).

William C. Hsiao e colaboradores escreveram trabalho pioneiro no assunto, publicado na Health Care Financing Review em 1979 ("Toward developing a relative value scale for medical and surgical services", HCFReview, 1979, 1:23). Posteriormente o mesmo Hsiao e Peter Braun (1985) irão aprofundar seus estudos no campo. Estes autores, ligados a Harvard School of Public Health, de Boston, além de outros, desenvolverão as bases e a estrutura conceitual do método. O HCFA (health care financing administration) encomendará os estudos de factibilização do método.

Hsiao and cols (Medical Care, vol 30, no 11, 1992, pp: 1-12) reportam três fases no desenvolvimento do RBRVS: a primeira fase, entre 1986 e 1988, de desenvolvimento e teste do método principalmente em relação a problemas de comparação de trabalho de diversas especialidades em termos de valor. Na fase de avaliação dos estudos, realizada por comissões de especialidades, organizações médicas e policy bodies. Se concluiu que o método fornecia valiosas medidas para o trabalho médico e para comparação de valor de trabalho de especialidades: o trabalho de especialidades podia ser comparado numa escala comum de valores. Em 1989, baseado no resultado desses estudos avaliativos, o congresso passou legislação na matéria propondo uma reforma do sistema de pagamento do trabalho médico baseado no RBRVS (The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1989). Para a implementação da lei, entretanto, foi proposto um programa de estudos no sentido de refinamento do método, principalmente em relação à determinação de valor de serviços não pesquisados, a estimativas de custos de serviços e a determinação de valores de trabalho pré e pós performance do serviço.

O desenvolvimento de um método para o estabelecimento de uma escala de valores relativos baseados em recursos para pagamento de serviços médicos se enfrenta a três séries maiores de problemas (Hsiao, 1992): dificuldade de se medir os inputs de recursos necessários ao trabalho médico: os métodos para isto não estão bem

estabelecidos e daí existe muita dificuldade para gerar uma tabela comum para todas as especialidades. Segundo, o espectro de serviços performados pelo médico varia enormemente: desde o aconselhamento de pacientes ao transplante de órgãos. Finalmente são apontados problemas com os sistemas de codificação e classificação dos serviços médicos.

Há que se usar, primeiro, um sistema de classificação de procedimentos para medir os custos dos serviços: usaram o CPT-4 (AMA, 1991), *Physician's Current Procedural Terminology*. Este sistema de codificação discrimina mais de 7.000 diferentes serviços, procedimentos médicos, tipos de visita. A complexidade desses serviços é aprofundada pela variação das condições dos pacientes. Daí ser necessário o estabelecimento de casos típicos, o que só é possível de ser feito tomando a opinião de experts da própria profissão. Identificou-se, conforme já comentamos, três tipos principais de recursos que entram na composição de custos do serviço médico, ou que participam como input de recurso para a performance deste serviço: (i) o trabalho total do médico (TW); (ii) os custos da prática, incluindo custos de prêmios de seguro (PC); e (iii) o valor amortizado dos custos de oportunidade de pós-graduação de especialidades (AST) ou custo de oportunidade para treinamento especializado.

A fórmula é a seguinte:

$$RBRV = TW + PC + AST$$

Em primeiro lugar, a determinação do trabalho total do médico levou em consideração os dois fatores: o tempo e a intensidade (esforço) do trabalho. A intensidade é composta por várias dimensões, por exemplo: a) esforço mental e julgamento clínico; b) esforço físico e habilidades técnicas; c) stress devido aos riscos. Para o cálculo do tempo observou-se três períodos: a) tempo pré-serviço; b) tempo intra-serviço (quando o médico vê, atende e procede com o paciente); c) tempo pós-serviço. Observe-se que a e c correspondem aos serviços realizados para o paciente antes e depois do ato médico em si.

Os passos e processos utilizados para operacionalizar o método foram os seguintes: 1) a formação de grupos de consultores com expertise no trabalho médico (em geral especialistas); 2) a convocação de um seminário nacional para discussão e análise da metodologia e avaliação do projeto em curso; e finalmente: 3) estabelecimento dos componentes técnicos, a saber: 3.1) Estimativa de magnitude: uma escala cardinal de preferências para avaliação objetiva do trabalho e de seus componentes. Trata-se de um meio de se medir preferências e julgamentos subjetivos e objetivá-los numa escala de proporções (ratios), preferencialmente que ordinal ou cardinal. São modelos replicáveis

e reprodutíveis, quer dizer os resultados são validados por repetição demonstrada (ver Jon Elster, 1991); 3.2) Medida de trabalho intra-serviço. Para defini-lo usou-se uma escala de estimativa de magnitude tal qual descrita em 3.1. O trabalho intra-serviço corresponde ao face to face do trabalho médico-paciente no caso de avaliação e administração de cuidado. Para procedimentos invasivos só foi considerado o procedimento invasivo em si. O resto foi considerado pré e pós serviço; 3.3) o trabalho pré e pós serviço consiste em aproximadamente 50% do trabalho total de especialidades cirúrgicas típicas e aproximadamente 30% do trabalho de avaliação e administração de cuidado. O pré e pós-operatório têm identificação mais imediata: visitas pré e pós-operatórias e visitas pós-operatórias no consultório do cirurgião são unidades facilmente desagregáveis e observáveis. Para o trabalho clínico, entretanto, a identificação já não é tão simples e direta.

Pagamento por Tempo X Pagamento por Resultado: Implicações Extra- Econômicas

Para além das implicações financeiras ou econômicas, a adoção de uma ou outra forma de pagamento de serviços profissionais terá claras (embora pouco referidas na literatura) implicações sobre o que autores como Elster definem como a disposição para a cooperação no trabalho. Diversos estudos comprovam que a propensão à cooperação entre trabalhadores de uma mesma profissão e entre profissões distintas tende a diminuir nos casos onde se adota o pagamento por resultado individualizado.

Os sistemas de remuneração por fim, impactam também sobre as formas de organização coletiva e estratégias de defesa de seus interesses. O regime salarial, instituído pelos sistemas de remuneração por tempo, por exemplo, incentiva a sindicalização dos trabalhadores, a negociação do engajamento coletivo dos trabalhadores e a articulação das chamadas demandas típicas do trabalho (defesa de salários, garantia do emprego e condições de trabalho).

Box Nº 5**A Questão dos Custos de Oportunidade e a Remuneração de Especialistas.**

No processo de elaboração do sistema RBRVS nos Estados Unidos uma das questões centrais à qual se perguntavam os especialistas era a de como calcular ou medir os custos de oportunidade do treinamento especializado. Sabe-se que, naquele país, o tempo que um médico gasta com seu treinamento especializado costuma variar extremamente. Desde 01 ano para formação em algumas clínicas ou na saúde pública (menos ainda) até largos períodos, como no caso da cirurgia vascular ou da neuro-cirurgia. Nos Estados Unidos, um neuro-cirurgião ou um cirurgião tóraco-cardio-vascular, gasta pelo menos 07 anos de treinamento pós-escola médica. Um médico incorre em custos econômicos com cada um desses anos adicionais de formação. O maior componente desses custos se refere ao valor de oportunidade de rendimentos perdidos durante os anos de treinamento. Como medir esse valor? A diferença do salário de um treinando em residência (ou qualquer outra modalidade de treinamento) e o salário (rendimentos) médios de um profissional na prática aproxima-se desse valor (funciona como proxy desse valor). Para calcular esses custos totais por especialidade basta somar os acumulados de perda por ano de programa típico de residência e amortizar esses custos sobre a vida de trabalho esperada do médico naquela especialidade. O custo de oportunidade de exercício de uma especialidade é derivado então através da multiplicação do número de anos do treinando no serviço pela taxa de custos de oportunidade anual. Os custos de oportunidade encontrados nos Estados Unidos foram pequenos, se considerados anualmente. Em média, eles representaram entre 3 e 4% do salário neto dos médicos por ano. Mas aqui também a variabilidade entre especialidades foi grande. Para a medicina interna, o custo de oportunidade anual foi de 2,8% ao passo que para a cirurgia cardio-vascular foi de 9%.

**Formas de remuneração do
trabalho médico nos países
da OECD**
Estados Unidos

A maioria dos pacientes internados em hospitais gerais dos USA, são protegidos por algum tipo de seguro, que pagam aos hospitais por cada internação. Os seguros também pagam aos médicos seus honorários particulares pelos pacientes hospitalizados. Entretanto, há um pequeno aumento na

proporção de médicos que são assalariados por tempo integral nos hospitais. Esta forma de remuneração, tem sido aplicada há algum tempo para determinadas especialidades médicas como patologistas e radiologistas, mas já tem se tornado mais comum para clínicos e cirurgiões e outros especialistas que são assalariados por tempo integral como chefes de departamentos clínicos, serviço ambulatorial, educação médica continuada, medicina de reabilitação entre outros.

Também existe alguns hospitais, pertencentes as organizações privadas prestadoras de serviços médicos (Health Maintenance Organizations - HMOs) com todo seu corpo clínico assalariado por tempo integral, similar aos hospitais públicos.

Apesar de alguns hospitais públicos especializados, hospitais gerais de HMOs, hospitais psiquiátricos e hospitais ligados às escolas médicas terem seu corpo clínico "fechado" com assalariamento por tempo integral, permanece como norma nos hospitais gerais dos USA o corpo clínico "aberto".

Em 1989, o Congresso dos USA decretou nova legislação que alterou dramaticamente a forma de remuneração dos médicos que prestam serviços ao seguro nacional de saúde para pessoas idosas e incapazes (Medicare). Essa nova lei procura promover maior equidade e controlar os custos.

São três os aspectos essenciais da legislação: (1) o pagamento dos médicos do Medicare se baseia nos custos da prestação dos serviços, incentivando os médicos a promoverem cuidados primários aumentando o pagamento por consulta em detrimento das cirurgias e exames; (2) proteção ao paciente quanto a cobrança da diferença entre o preço pago pelo Medicare e os praticados pelo médico em seu consultório particular; e (3) Padrão de Performance Total ("Volume Performance Standards" - VPS), no qual o governo especifica metas de crescimento dos gastos com serviços médicos (Rice, 1991).

Antes, tanto o Medicare quanto os seguros privados de saúde utilizavam a forma de pagamento que era definida pelo preço atual ou usual para uma mesma região de determinado serviço. Era o que se denominava "usual, costumeiro, e razoável (UCR), que apresentava a dificuldade de se controlar os custos e favorecia a prestação de serviços de alta tecnologia (Rice, 1991).

No novo sistema baseado no custo são levados em consideração especialmente três tipos de custos para se obter o total da remuneração do médico: (1) a estimativa do custo associado como trabalho médico para promover um serviço; (2) a estimativa de "inputs" não médicos que são gastos; (3) a estimativa dos custos do seguro por erros médicos para prestar o serviço. Posteriormente cada fator foi ajustado para as diferenças de custo por região. Portanto o pagamento é determinado por múltiplos valores relativos multiplicado por um "fator de conversão", que é o valor em dinheiro dado para cada unidade desse valor relativo (Rice, 1991, Scheffler, 1990).

Em relação à proteção financeira do paciente, é permitido cobrar, a título de co-pagamento (existe uma linha de argumentação que o coloca como fator inibidor do sobre-uso) até 15% a mais do valor pago pelo Medicare. No entanto, há vários incentivos para que o médico aceite o valor pago.

Essencialmente o VPS e o RBRVS permitem ao Congresso estabelecer a taxa de crescimento dos gastos com a remuneração dos médicos do Medicare. Neste sentido eles são o complemento necessário das DRGs. O VPS é baseado mais no incentivo coletivo do que no individual. Se espera que todos os médicos controlem o volume de produção dos serviços o que resultaria em maior ganho para todos. Haveria um controle ético (corporativo) sobre a produção individual. Este sistema também é utilizado na Alemanha e Canadá (Rice, 1991).

Alemanha

Basicamente, na Alemanha os hospitais tem corpos clínicos assalariados por tempo integral que trabalham somente com pacientes internados. Os hospitais alemães não tem serviços de ambulatório, pois o cuidado ambulatorial é uma prerrogativa da categoria médica, sendo que mais da metade da categoria médica não hospitalar, na Alemanha, são especialistas qualificados, que mantêm seus consultórios mas não tem nenhuma relação monetária diretamente com os pacientes assegurados. Eles são organizados em várias associações profissionais (IDA) que negociam a remuneração com os fundos de saúde e pagam os médicos sendo reembolsadas pelos fundos de saúde. Este arranjo protege a categoria médica de potenciais conflitos de uma negociação direta com os fundos e preserva principalmente a autonomia profissional (Godt, 1987). As internações hospitalares são pagas pelos fundos de saúde diretamente aos hospitais com base em uma diária previamente negociada entre cada hospital e a federação de fundos de saúde e aprovado pela autoridade local de seguro social (Ministério do Trabalho). O pagamento aos hospitais inclui o custo não somente de todo serviço hospitalar, drogas testes diagnósticos mas também o salário dos médicos do hospital (p.133).

Os médicos tem resistido a dominação de pacientes assegurados, até que o conflito foi resolvido estabelecendo uma fiscalização "mediadora" controlada por médicos, para a manutenção da atual forma de pagamento. Princípios como livre escolha de médico e pagamento por serviço não existe mais.

Canadá

No Canadá, em que pesem as diferenças observáveis nas diversas províncias, pode-se dizer que os serviços médicos ainda são predominantemente prestados em consultórios de médicos particulares e pagos por honorários. Os grupos e as empresas de medicina são menos comuns do que nos USA sendo que a maioria das existentes são cooperativas de trabalhadores. No Canadá, predomina hospitais gerais não públicos, com controle comunitário, nos quais o corpo clínico é aberto, e cada paciente é de responsabilidade de seu médico particular. Exceção ocorre por conta dos hospitais de escolas médicas.

Japão

Apesar do mercado privado de cuidado a saúde ser a maior parte no serviço de saúde do Japão, um grande arcabouço público é crucial na sustentação econômica e no gerenciamento de saúde. Os vários tipos de seguro de saúde no Japão pagam a o cuidado médico com base nos honorários. Praticamente os médicos dos hospitais públicos ou privados, são contratados por salário com tempo integral. A hospitalização é paga com base nos honorários, através do seguro de saúde, mas o pagamento profissional é feito para o hospital e não para o médico. O hospital paga um salário para o médico de seu ganho total.

França

Um importante valor no sistema de saúde francês é o conceito de medicina liberal - tanto para médicos como para pacientes - na qual há livre escolha de médico pelo paciente, a clientela é canalizada através de processos informais, liberdade no estabelecimento das condições de tratamento e livre negociação entre médico e paciente de sua remuneração. A união entre médico e pacientes em torno desse valor tem provocado confrontações persistentes com o governo e os vários fundos de saúde. Apesar dessas controvérsias os médicos podem escolher em ser assalariados por tempo integral ou parcial em hospitais ou trabalharem em ambulatorios onde podem decidir se participam ou não do Sistema Nacional de Saúde da França (NHI)(Godt, 1987).

Em hospitais públicos o corpo clínico é assalariado por tempo integral, e eles tem vários jovens médicos assistentes em treinamento. Eles também podem ter alguns leitos para pacientes particulares que através do seguro de saúde (com co-pagamento) paga honorário particular para o médico do hospital. Os hospitais privados internam somente pacientes particulares e os médicos

são pagos por serviços. Em hospitais privados não lucrativo parte do corpo clínico é assalariado e parte é aberta para a comunidade médica (Roemer, 1991).

Na França, em 1980, foi estimado que 30% dos médicos franceses eram assalariados por tempo integral, talvez metade fossem assalariados por meio período.

Inglaterra

Nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (NHS), os médicos são contratados pelo conselho regional de hospitais sendo que a competição é muito grande. A contratação é permanente. Os médicos são assalariados por tempo integral. Existe um plano de carreiras e os salários podem ser aumentados com o aumento da responsabilidade ou mérito. O status de médico consultor é uma meta de carreira para os médicos dos hospitais, sendo a eles permitido se engajarem na clínica privada, mas com uma limitação dos ganhos em 10% de seu salário base (p. 196).

Os médicos clínicos (General Practitioners), por outro lado tem se recusado a serem empregados assalariados, preferindo um contrato independente e remuneração por captação. Na prática, entretanto é com efeito um salário (Godt, 1987, p. 463). Atualmente a renda anual de um médico clínico geral é similar a de um clínico assalariado por tempo integral no hospital. Nos hospitais privados usualmente os médicos recebem diretamente de seus pacientes.

Formas de remuneração do trabalho médico nos sete maiores países da OECD:

País	Setor Ambulatorial	Setor Hospitalar
Canadá	Honorários. Salários (em Centros de Saúde).	Honorários (empregados por conta própria prestam serviços para grandes empresas de saúde). Salários (médicos empregados).
França	Honorários. Salários (em Centros de Saúde).	Salários (hospitais públicos). Honorários (hospitais privados).
Itália	Salários (em Centros de Saúde). Honorários (consultório particular).	Salários.
Japão	Honorários.	Honorários.
Reino Unido	Especialistas - Salários (honorários para visitas domiciliares). Generalistas - Capitação (honorários para procedimentos especiais).	Salários (para especialistas e generalistas). Honorários (hospitais privados).
Estados Unidos	Honorários, Capitação, Salários	Honorários, Salários.
Alemanha	Honorários.	Salários. Honorários, para pacientes particulares tratados por chefes de departamentos.

Fonte: Diversos

3 - Aspectos da regulação institucional das profissões de saúde*

3.1 A regulamentação das profissões

Neste capítulo procederemos à análise dos mecanismos de regulamentação formais de profissões vigentes no Brasil, bem como a um inventário das ocupações de saúde regulamentadas na arena do sistema legal. Nossa intenção é iniciar uma discussão sobre as tendências atuais e as perspectivas da regulação institucional das profissões de saúde no futuro próximo. Utilizando um modelo "híbrido" de análise de profissões buscamos uma caracterização de aspectos diversos da vida e do reconhecimento "público" das profissões de saúde no Brasil atual. O levantamento de aspectos relativos às disputas inter, intra e extra-profissionais; das agendas de articulação e negociação os grupos de interesse profissionais em torno à profissionalização; e as demandas realizadas na arena do sistema legal, quer dizer, suas "conquistas", sucessos e derrotas no legislativo; constituem-se nos elementos centrais de análise.

I

1. Conforme se sabe existem inúmeras formas de reconhecimento e classificação de uma ocupação. Em primeiro lugar, numa linha de divisão bastante genérica, haveria que considerar ao lado do segmento com regulamentação formal (que será objeto do presente capítulo) um segmento desregulamentado dos mercados de trabalho, composto por ocupações reguladas majoritariamente pelo automatismo das forças de mercado e pelas ocupações informalmente reguladas²¹.

²¹ A discussão desse aspecto exigiria a abertura de outro capítulo e fugiria ao escopo central do presente trabalho. De toda forma remetemos ao leitor interessado o documento "Regulación Profesional y Ocupacional: un modelo para su estudio en América Latina" (OPS, Washington, 1994. mimeo, 10 pp), de nossa autoria. Neste informe sumário apresentamos uma discussão sobre os três modelos clássicos de regulação profissional: auto-regulação profissional; regulação estatal-burocrática e desregulação (ou regulação mercantil).

Box Nº 6

Ocupações Não Regulamentadas e Mercado de Trabalho Informal.

As ocupações não regulamentadas formam um importante contingente da força de trabalho em saúde, variável em suas proporções de acordo com o país, mas sempre considerável. Neste segmento estão incluídos a maior parte dos trabalhadores ocupados em postos e posições de apoio administrativo e de serviços gerais, bem como um contingente variável do pessoal técnico de saúde empregado nas organizações formais no setor. Aqui também se podem incluir as ocupações e profissões "informais", as "alternativas", não-ortodoxas (os "outros curandeiros" de Gevitz, 1988) ou irregulares (Ramsey, 1988). Estas últimas, conforme se sabe, possuem verdadeiras redes alternativas de formação e reconhecimento que funcionam paralelamente ao sistema formal/regular/oficial de educação e profissionalização - por vezes simbioticamente por vezes rivalizando com ele. O caso recente dos reclames da "medicina alternativa" ou "natural" no âmbito do Congresso Nacional, no caso do Brasil, ilustra bem o ponto. Nos anos oitenta e noventa, diversos projetos de lei classificados sob esta denominação rondaram a arena legislativa na busca do reconhecimento oficial. É o caso dos projetos de lei relativos ao médico acupunturista, ao terapeuta oriental, ao terapeuta naturista, para não falar das homeopatas. No caso dos Estados Unidos, talvez a mais "medicalizada" das sociedades, "sessenta milhões de americanos acreditam, em algum ponto de suas vidas, em osteopatas, quiropatas e massagistas, curandeiros populares ou religiosos, naturopatas, homeopatas e acupunturistas; milhões mais empregam sistemas psicológicos alternativos, dietas não ortodoxas e programas de emagrecimento e esquemas fisioculturistas, e ainda um sem número de esquemas de auto-cuidado em saúde" (Cf. Gevitz, 1988, nossa tradução). E ainda, diferentemente de há poucas décadas, existe hoje em dia, neste país, um consenso acadêmico que parece conceder a estas variadas formas da arte de curar importância crescente como parte da cultura moderna do sistema de saúde americano, mesmo que "nem todos estejam contentes com este fato" (Hufford, 1988).

Pode-se traçar um paralelo entre as profissões regulamentadas informalmente e as desreguladas (sob regulação exclusiva do mercado), com a força de trabalho dos mercados de trabalhos informais. Entretanto, é importante que se diga, estes conceitos não guardam simetria absoluta. De fato, aprofundando esquema inicial sugerido por Médici (1987), pode-se dizer que o segmento informal do mercado de trabalho em saúde é constituído por um conjunto de atividades em nada homogêneas, mas bastante elástico, como: (i) práticas e serviços de saúde determinadas por nexos não-econômicos (nexos religiosos e culturais contra-hegemônicos); (ii) práticas e serviços com nexos francamente econômicos, mas não registrados para burlar as cargas tributárias; (iii)

práticas e serviços que incorrem em contravenção legal, como a prática do aborto em muitos países. Pode-se ver, por este esquema, que uma ocupação ou profissão absolutamente regulamentada como a medicina pode ser exercida no segmento informal do mercado de trabalho. Por outro lado, em um país como o Brasil, mais da metade da força de trabalho ocupada no setor institucionalizado e formal do serviço de saúde não estão regulamentadas. Estes exemplos são suficientes para demonstrar a assimetria dos dois conceitos.

2. Quanto às ocupações regulamentadas, pode-se dizer que as formas de regulamentação profissional podem variar desde as mais "jurisdificadas" - que implicam um reconhecimento institucional de certos "privilégios" materializado na forma de leis e regulamentos - até às formas de reconhecimento mais brandas, pelos usuários, através de mecanismos, muitas vezes informais, de credibilidade e interesse²². Pode existir mais de uma forma de reconhecimento regular para uma determinada profissão e parece que a quantidade delas está quase sempre diretamente relacionada com o status, a autonomia e o poder econômico alcançado pela categoria. Assim, enquanto, profissões tradicionais como a medicina, possuem garantias de legislação referente ao exercício, à formação, às relações de trabalho - incluindo piso salarial e jornada de trabalho - outras se encontram ainda debatendo por uma regulamentação básica que justifique de alguma forma a delimitação de um campo de saber específico, como é o caso recente dos técnicos em radiologia, óticos e optometristas, entre outros.

3. Segundo Abbott (1988), o sistema de reconhecimento profissional²³ é geralmente ativado por necessidades e questões de diversas origens: tecnológicas, organizacionais, culturais e "naturais". O aparecimento de novas tecnologias, o crescimento das organizações, novos fenômenos culturais e naturais (a exemplo da epidemia da AIDS e das viroses emergentes), numa palavra, a complexificação da sociedade, têm, de maneira geral, determinado a busca pela profissionalização, principalmente através da regulamentação dos campos de atuação dos profissionais. A epidemia da AIDS, por exemplo, gerou um forte "distúrbio" no campo de trabalho convencional da hemoterapia (para citar apenas este campo). As novas demandas por regulamentação do exercício dos hemoterapistas e por um controle de qualidade diferenciado dos bancos de sangue no Brasil observadas a partir de meados dos anos oitenta testemunham este fenômeno. Assim também, os "distúrbios" no sistema das profissões tradicionais ocasionados pelo crescimento da utilização pública dos chamados sistemas psicológicos e terapêuticos alternativos parecem estar vinculados a um fenômeno cultural qual seja o renovado apeal das escatologias que acompanham a chegada do novo milênio. Em relação às novas tecnologias,

²²A expressão "jurisdificação" se refere a uma tendência em direção ao aumento da utilização das leis formais (escritas ou positivas) observada na "evolução" das sociedades ocidentais modernas. Com este termo, Habermas (1989, *The Theory of Communicative Action*, V.2., *Lifeworld and System*), pretende caracterizar a tendência histórica de expansão das regulações do sistema legal em direção a matérias sociais, até antes informalmente ou, se quiserem, "mundanamente" reguladas.

²³O sistema de reconhecimento profissional é composto por instituições sociais e organizações localizadas: a) na arena do sistema legal; b) no sistema de opinião pública; c) no mundo cotidiano do trabalho.

inclusive organizacionais, pode-se dizer que elas, ao inaugurar novos campos de saberes e práticas revelam, para usarmos os termos de Abbott, verdadeiras lacunas jurisdicionais. Estas lacunas jurisdicionais tendem a ser preenchidas ou pelas profissões já existentes (que se "reacomodam" no sistema das profissões) ou por novas ocupações ou especialidades emergentes. Este processo de "reacomodação" ocorre, em geral, através de um entre três tipos básicos de movimentos: (i) as profissões dominantes operam um deslocamento em direção às zonas de maior abstração, gerando novas especialidades dentro da mesma profissão ou campos especializados compartilhados ou ainda pós-profissões - o caso das novíssimas especialidades médicas e das especialidades da saúde pública exemplificam este primeiro tipo de movimento; (ii) as "lacunas jurisdicionais" são disputadas e preenchidas por novas profissões (por exemplo, na saúde, a musicoterapia, a fonoaudiologia; a fisioterapia, etc); (iii) a simples transferência daqueles atos que se tornaram mais simples para "novas" profissões de nível técnico, subordinadas àquelas especialidades e profissões dominantes ou fundamentais - como é o caso dos optometristas em relação à oftalmologia, e dos técnicos de higiene dental, no Brasil (e dos Dental Hygienists nos Estados Unidos), em relação aos Dentistas. De qualquer forma, o que é importante reter aqui é o fato que, de uma forma ou de outra, as novas ocupações ou especialidades ou profissões geradas neste processo acabam pressionando por privilégios de regulamentação.

4. A abertura destas lacunas jurisdicionais no sistema das profissões, ocasionadas por fatores tecnológicos, organizativos, culturais ou naturais, não ocasionarão entretanto o surgimento automático de novas ocupações ou especialidades regulamentadas. Aqui é importante ter em mente duas coisas. Por um lado, parece que as novas tecnologias são fatores necessários mas de maneira alguma suficientes para determinar, socialmente, o surgimento de uma ocupação, quanto mais uma ocupação regulamentada. Uma coisa é a existência de uma especialidade da divisão técnica do trabalho; quer dizer um território mais ou menos delimitado e tecnicamente demarcado por tarefas e habilidades; outra coisa, pragmaticamente muito diferente, é a existência de uma ocupação ou especialidade regulamentada. Uma ocupação ou especialidade regulamentada, para além destas primeiras características, se ampara na existência de uma série de organizações e instituições sociais, como associação em grupos de interesse, legislação de privilégio de prática, mecanismos de credibilidades e reconhecimentos públicos, etc. Em síntese, enquanto o trabalho do especialista é determinado basicamente pelo desenvolvimento científico-tecnológico de um setor, o reconhecimento de uma especialidade profissional pressupõe uma série de arranjos institucionais de acomodação de conflitos e disputas distributivas intra e inter-profissionais. Mas indo ao ponto central do argumento: para além da determinação tecnológica, a existência de ocupações e especialidades regulamentadas revelam a construção de uma política da diferença no mundo do trabalho, com seus momentos característicos de articulação, negociação e incorporação na esfera pública da diferença (Walzer, 1992)²⁴.

²⁴O momento de articulação corresponde ao momento em que o grupo profissional se reconhece como tal, constrói a solidariedade de seus membros e demanda alguma forma de reconhecimento público; daí começa um longo processo de negociação da diferença no qual cada grupo reconhecido publicamente reconhece seus próprios limites estabelecidos pela legitimidade do outro; posteriormente ocorre a incorporação da diferença profissional na unidade maior do mundo e do sistema das profissões. Ver Michael Walzer, 1992, *What it means to be an american*, Marsilio, New York.

5. Um estudo sobre a regulação das ocupações de saúde nos Estados Unidos revela que pelo menos 100 (cem) ocupações de saúde estavam, em 1980, ou sendo regulamentadas ou demandando algum tipo de regulamentação pública, em pelo menos um dos cinquenta estados daquele país (Graddy, 1991). A expansão da intervenção regulatória estatal está, na maior parte, determinada pelas demandas dos grupos de interesse organizados que se articulam, isoladamente ou em "conchavos", e as negociam no âmbito daquilo que se convencionou chamar de mercados políticos. Como todo mercado, estes têm um lado da oferta e um lado da demanda. Os grupos demandantes de regulação são aqueles que querem em linhas gerais ver seu campo de negócios protegidos contra a ação de grupos rivais. Estes grupos são representados principalmente pelas corporações profissionais, pelas corporações de provedores de serviços privados e públicos, pelas chamadas terceiras partes pagadoras (os seguros e planos de saúde, etc) e, finalmente, em forma crescente, pelo público consumidor. De forma bastante esquemática e sumária pode-se dizer que através de lobbies organizados estes grupos pressionam as agências regulatórias, as burocracias governamentais e os legisladores ofertantes de regulação. Parece haver consenso sobre que o sucesso dos grupos ocupacionais interessados em estabelecer a regulamentação pública de seu campo de "negócios" depende, ao final das contas, da quantidade de recursos de que dispõem organizacional, política e economicamente e da sua capacidade de articulação, negociação e incorporação de suas demandas no interior dos mercados e do sistema político²⁵.

6. Entender os mecanismos e métodos regulatórios, a racionalidade que os informa, bem como identificar quais os grupos de interesse envolvidos na demanda por regulamentação (incluindo o interesse público), são passos importantes na definição das políticas e na gestão governamental dos recursos humanos e dos serviços de saúde. Primeiro porque a regulação profissional pode ser entendida como um recurso de gestão dos recursos humanos. Conforme expressam Godue e Dussault (1992) a forma da regulamentação determina as margens de flexibilidade segundo a amplitude que assigna à exclusividade de desempenho de determinados atos e procedimentos para determinadas profissões e as relações de subordinação que estabelece entre as profissões. Nesse sentido pode-se dizer que ela é um elemento do entorno institucional que determina a produção e a utilização dos serviços de saúde. Em segundo lugar porque as demandas por regulamentação profissional e de especialidades, os reclames da diferença, se constituirão em pressão crescente para as agências governamentais no futuro próximo. Conforme se sabe, o intenso dinamismo tecnológico do setor saúde tem sido capaz de gerar, num ritmo verdadeiramente impressionante, o aparecimento de novas ocupações e especialidades. Apesar de esta não ser uma determinação automática, conforme já dissemos, de uma maneira ou de outra, estas novas especialidades e ocupações acabam pressionando por "privilégios" de regulação.

²⁵A modelagem da ação racional nos mercados políticos baseada no individualismo metodológico tem sido vastamente trabalhada pela escola da *Public Choice*. Para maiores detalhes ver Girardi, 1994 b: "Apuntes para la aplicación de un abordaje "regulacionista" al campo de los recursos humanos en salud", p. 68; UASB y Salud.

7. O aparecimento de novas especialidades e ocupações traz consigo, conforme se sabe, um aumento nos custos com formação e treinamento. A regulamentação profissional acrescenta a estes os chamados custos regulatórios. Dentre estes, estão os custos sociais decorrentes da produção destas regulamentações. Aqui se incluem, entre outros, os custos com a formação dos lobbies, os custos do legislativo, e os custos da manutenção das agências e comissões criadas para o encaminhamento das demandas de regulamentação profissional. No rol dos custos regulatórios, também deveriam ser contabilizados os efeitos finais da regulamentação sobre o preço, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. As restrições de entrada nos mercados de trabalho incidem diretamente na oferta dos serviços de saúde. A depender do grau de inelasticidade do segmento dos mercados de trabalho em questão a regulamentação poderá incidir desfavoravelmente para os usuários, através de um aumento dos preços e conseqüente redução do acesso aos serviços sem a contrapartida necessária da melhoria da qualidade.

8. A recomendação de análise dos custos diretos e indiretos da regulamentação profissional não significa uma apologia à desregulação do exercício e da prática das profissões e especialidades profissionais. De fato, a regulamentação profissional tem representado sem lugar para dúvidas uma forma de proteção legítima para o público e para os trabalhadores. É difícil conceber o livre exercício de uma profissão como a medicina - ou mais geralmente das profissões de saúde, onde prevalecem fortes assimetrias informacionais - sem a proteção do público contra as diversas formas de "charlatanismo" de exercício inescrupuloso. Por outro lado, para os trabalhadores, especialmente para os segmentos da força de trabalho em desvantagem nos mercados de trabalho, a regulamentação profissional pode significar uma salvaguarda simultaneamente técnica e ética, na medida em que coíbe sua utilização em áreas para as quais não está profissionalmente preparado²⁶. Expressávamos, em outro lugar, o ponto de vista que "a desregulação do exercício das profissões traria prejuízos ao público de duas maneiras: primeiro, pelos abusos que se poderiam cometer contra o público por parte de "profissionais" inescrupulosos que poderiam tirar vantagem da assimetria informacional que acompanha o mercado de produção de serviços de saúde. Em segundo lugar, mesmo que se resolvesse este problema, quer dizer, na hipótese de um público plenamente informado, ainda restaria o princípio do "moral hazard" (risco moral) que, de per se, em mercados onde a presença de terceiras partes é significativa, conforme é o caso do setor saúde, justificaria a regulação. Nestes casos, o critério econômico da eficiência alocativa imporia a necessidade de regulação".

9. A manutenção de padrões de qualidade profissional e de proteção do público, possibilitada pela regulamentação profissional em saúde, deve ser assim contrabalançada com os "riscos" da cartelização ou da formação de monopólios profissionais (tanto por seus custos pregressos como por seus resultados). Assim postos, seus custos e benefícios devem ser cotejados com os desideratos da política nacional de saúde, quer dizer, com os princípios

²⁶ Devo o desenvolvimento desse argumento a Izabel dos Santos, consultora da OPS/OMS, Brasil.

ético-morais e sociais assignados ao setor, como por exemplo as normas de equidade e justiça sociais.

II

Este estudo vai considerar, nesta fase, primeiramente aquelas profissões do setor saúde que apresentam algum tipo de regulamentação formal. O modelo utilizado será aquele que toma para análise não apenas as regulamentações propriamente ditas, mas, fundamentalmente, as fontes e atores da regulamentação. Assim não nos interessará tanto o "teor" da regulamentação (o texto da lei, por exemplo) mas sua classificação e análise segundo as fontes de oferta e demanda e respectivos atores. A perspectiva, em longo e médio prazos, é desvelar atores do processo, inferir sobre capacidade de ação estratégica e identificar sinais de movimentação da regulamentação profissional. Uma das implicações da adoção desse tipo de modelo é o reconhecimento de que a regulação das ocupações de saúde pode assumir distintas formas: ela varia segundo a natureza do objeto regulado (educação, trabalho, exercício, etc), segundo o tipo de regulação (legal, administrativa, econômica, social, etc.); segundo os atores ofertantes e demandantes da regulação (legislativo; conselhos profissionais; universidades; organizações de serviços; agências governamentais; usuários, etc); segundo as fontes últimas da regulação (estado, profissão, organização empregadora, comunidade). Numa palavra, a regulação profissional pode ser de distinta natureza sendo gerada por diferentes instituições e organizações (no nível federal, regional ou mesmo local). Uma outra característica é que ela não segue necessariamente um mesmo padrão para todas as profissões do setor.

Dentre as principais fontes de regulação profissional no setor saúde estão aquelas agências e instâncias responsáveis pela oferta de regulamentação, através de pareceres, resoluções, normas administrativas, decretos e leis, que normatizam tanto a formação educacional quanto o exercício e o trabalho destas ocupações. Nestes âmbitos podemos identificar o governo que atua através de organismos e agências governamentais diretas como os Ministérios e Secretarias, especialmente no nível federal mas quase sempre com representação nos estados; os Conselhos Profissionais, agências autárquicas, com autoridade pública atribuída, e o Congresso Nacional (o legislativo). No Brasil, devido a nossa herança corporativa, uma forma importante de regulamentação ocupacional específica, relacionada com as questões trabalhistas (direitos e encargos trabalhistas), são as normas e hábitos veiculados pelo sistema das relações de trabalho (incluindo aqui os sindicatos das categorias profissionais, a Justiça do Trabalho; o Ministério do Trabalho e a legislação do trabalho).

É principalmente através das leis de exercício que (no Brasil) as diversas categorias profissionais têm garantidos alguns de seus atributos mais importantes, especialmente aqueles que determinam o controle de entrada na "corporação" ou o domínio de determinada porção reservada do mercado de trabalho profissional (o chamado direito de prática). Isto não implica em não reconhecer que alguns outros atributos não menos fundamentais para o desenvolvimento

e a vida das profissões - como credibilidade, tradição, hierarquia, saber esotérico, etc - são garantidos em outras arenas que não propriamente o sistema legal e através de outros recursos como a construção da imagem pública.

A regulamentação estatal das ocupações de saúde (também chamada governamental) é uma forma muito comum de regulação profissional nos países ocidentais e com tendência à expansão. O crescimento da participação governamental no setor saúde, já não somente como provedor mas como regulador da provisão de serviços e ocupações buscam se profissionalizar no sentido de compartilhar de maneira mais segura sua fatia no mercado de trabalho. No Brasil, participam dos processos de regulamentação de uma ocupação de saúde organismos estatais como o Ministério da Educação (através do Conselho Federal de Educação; agora extinto), o Ministério do Trabalho, e os Conselhos Federais das Profissões (reconhecidos e autorizados publicamente pelo Estado). O Ministério da Saúde não participa diretamente da regulamentação profissional no setor saúde, diferentemente de alguns países da América Latina, como é o caso da Argentina, onde o Ministério de Saúde Pública é responsável pelo registro e fiscalização do exercício das profissões de saúde. Apesar disso, existem algumas movimentações em torno a esta questão, onde algumas correntes defendem a participação do Ministério da Saúde na regulamentação destas categorias. Nem todas as ocupações estão regulamentadas por estas instituições, como pode ser constatado pelo índice ampliado de ocupações da "Classificação Brasileira de Ocupações" (CBO), um catálogo publicado pela Secretaria de Políticas de Emprego e Salários do Ministério do Trabalho. Neste catálogo de ocupações podem estar classificados trabalhadores de saúde que não possuem nenhum tipo de organização própria ou que não possuem qualquer tipo de regulamentação institucional específica, ou por estar debaixo de regulamentações de outras profissões, ou por não terem alcançado nenhum nível mais tradicional de profissionalização.

No plano educacional, a regulamentação profissional obedece em primeiro lugar aos graus ou níveis de complexidade do processo de formação educacional (nível superior, técnico e elementar). Assim os profissionais de nível superior correspondem àqueles que completaram o terceiro grau, i.e., possuem um Diploma emitido por uma escola ou universidade reconhecida pelo Sistema Educacional; os de nível técnico, em geral, são aqueles que possuem um Diploma correspondente ao segundo grau do Ensino Fundamental mais um certificado de aprovação no curso técnico profissionalizante; e o nível elementar, que tem como requerimento educacional o primeiro grau do Ensino fundamental completo além do Certificado de habilitação no curso profissionalizante.

Box Nº 7**Modelos de Regulação Profissional.**

Conforme Abbott (1988) o modelo francês de regulação profissional é tripartido: i) em primeiro lugar, existe uma agência oficial nacional (câmara, conselho ou ordem) para regular importantes aspectos da vida profissional: credenciais e registro, disciplina profissional, concorrência inter-profissional, normas éticas, etc; (ii) em segundo lugar, aparecem as associações profissionais voluntárias locais e nacionais para desenvolvimento de questões técnico-científicas e de solidariedade dentro da profissão; (iii) por fim, os sindicatos profissionais são os agentes encarregados das demandas típicas do trabalho, i.e, a negociação coletiva do emprego, rendimentos e condições de trabalho. Essas três funções, quer dizer, o controle profissional, a defesa mútua e a negociação coletiva, são desempenhadas por uma única organização nacional nos modelos norte-americano e britânico. No caso brasileiro, como no francês, estas funções também estão dispersas entre três tipos diferentes de organização: os Conselhos Profissionais, as Associações Voluntárias de Profissionais e Especialidades e os Sindicatos. À diferença do caso brasileiro, entretanto, na França essas três funções estão claramente separadas. A ordem dos médicos, por exemplo, não pode representar os médicos na negociação salarial ou nos acordos e convenções econômicas. No Brasil, conforme se sabe, as distintas agências se revezam, se sobrepõem e sobretudo "disputam" o exercício destas funções. No caso brasileiro, pode-se dizer ainda, que a estrutura tripartida das profissões encontra correspondência num igualmente complexo arranjo de agências governamentais de controle profissional. Ademais dos Conselhos Profissionais se organizarem como autarquias (antes subordinadas ao Ministério do Trabalho), e se constituírem como organizações quase-estatais, as profissões ainda se colocam de frente a três outros ministérios de estado. Em primeiro lugar é o Ministério da Educação, o responsável pela autorização do funcionamento e acreditação oficial da formação profissional. É o Ministério da Educação quem tem o controle da educação profissional e são as Universidades os agentes responsáveis por conferir os diplomas profissionais que constituem condição sine qua non do registro nos Conselhos Profissionais e obtenção das credenciais para o exercício profissional. Além disto, o sistema educacional oficial, se constitui crescentemente como regulador de diversos aspectos da qualificação de especialidades profissionais. Por outro lado, será também o Ministério do Trabalho que ainda confere titularidade aos sindicatos profissionais para que eles representem a categoria profissional nos processos de negociação laboral com relação às demandas trabalhistas - apesar da Constituição de 1988 tê-lo retirado do cenário. Também os ministérios substantivos à profissão (no caso

das profissões de saúde, o Ministério da Saúde) se apresentam como importante fonte de regulação de aspectos da vida profissional e vem constituindo arena de importância crescente para as profissões. O Conselho Nacional de Saúde, por exemplo, tem reclamado papel na autorização e acreditação de cursos da área de saúde. Mas, sobretudo, os Ministérios Substantivos desempenham papel de regulação profissional na medida em que participam dos mercados de trabalhos profissionais como empregadores e agentes normatizadores de preços de serviços ou honorários profissionais e salários. Ademais do papel "balizador" relativamente aos salários praticados nos mercados, os governos como - apesar parte financiadora da prestação de serviços (terceiro pagador) regulam os preços dos serviços, em geral com o acordo das associações profissionais.

O extinto Conselho Federal de Educação era o órgão responsável pelos requerimentos educacionais de determinada profissão ou habilitação. Tais requerimentos incluem a definição dos currículos mínimos obrigatórios e respectivas cargas horárias e conteúdo mínimo, com base na função ou perfil da ocupação.

A formação educacional está regulamentada no plano federal, cabendo aos estados, através dos seus conselhos regionais de educação, a acreditação das escolas, faculdades ou departamentos, no caso de nível superior, ou escolas técnicas, para os profissionais de nível médio e elementar, respeitando os currículos definidos no nível central ou federal²⁷.

Além do processo de formação regulamentado pelo sistema educacional, para a obtenção do direito de prática, os profissionais necessitam ser reconhecidos pelos Conselhos Profissionais, entidade autárquica vestida de autoridade pública pelo governo, e vinculada, em suas origens ao Ministério do Trabalho. Estes organismos oferecem uma outra forma de regulamentação, relativa ao exercício legal da profissão, que é o Registro Profissional. Nem todas as profissões de saúde possuem um Conselho Profissional, e algumas delas, as de nível técnico e elementar, podem estar subordinadas aos conselhos profissionais de ocupações a que estão relacionadas. Assim, os Técnicos em Prótese Dentária têm seu registro vinculado ao Conselho de Odontologia. A organização de uma profissão através de um Conselho Profissional próprio não significa status ou autonomia do exercício de determinada ocupação. Algumas ocupações de nível técnico, como os Técnicos em Radiologia, possuem um Conselho próprio e lutam, inclusive, para adquirir status de profissão de nível superior e, talvez, autonomia de exercício. Neste sentido, o nível da formação educacional também não dá garantias de completa autonomia de trabalho, como é o caso da Enfermagem, que executa determinadas tarefas sob a supervisão

²⁷ A ação federal sobre o Ensino Secundário e Superior se define no Brasil com a reforma Rocha Vaz, de 1925, quando fica definitivamente estabelecido o papel uniformizador e fiscalizador da administração federal de educação relativamente ao ensino superior de todo o país. (...) A Revolução de 1930, sobrepondo o poder legislativo do Governo Provisório à Constituição de 1891, permitirá a consolidação, através das reformas do ensino promulgadas a partir de 1931, do controle federal sobre o ensino secundário e superior em todo o país, que a constituição de 1934 revestirá de pleno valor legal. = Silva, G. B. "A ação Federal sobre o Ensino Secundário e Superior até 1930" Revista do Serviço Público, Ano XVII, Maio 1955, Vol. 67, N° 2.

médica e que têm suas funções de autonomia restringidas, não possuindo certas regalias ("poderes") do trabalho "liberal", como a autorização para a realização de diagnósticos e a prescrição ampliada de medicamentos.

Diferentemente das regulamentações mencionadas acima, aquelas referentes às questões trabalhistas são menos restritas ou diferenciadas a uma determinada categoria profissional. Nesse caso, todas as ocupações no Brasil, do setor saúde e de outros setores, que entram na relação comum de trabalho, estão regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho, que regula as relações individuais e coletivas do trabalho. Assim mesmo, alguns grupos profissionais, para efeito destas leis, possuem normas e classificação diferenciada, como por exemplo, o profissional liberal sem vínculo empregatício ou contrato individual de trabalho, diferentemente daquelas ocupações empregadas, ou das associações sindicais de grau superior e das demais instituições sindicais. O serviço público em geral, tem estatuto próprio, ficando os profissionais de saúde nele empregado, sujeitos às suas normas, que podem ser diferenciadas ou não entre as categorias ocupacionais de saúde²⁸.

Estas formas diferenciadas de regulamentação entre as profissões de saúde têm efeitos distintos no mercado de trabalho, especialmente no mercado dos serviços de saúde. Aparentemente, tais regulamentações, são demandadas apenas pelos grupos de interesse que dela participam, embora trazidas sob a rationale de que servem apenas para o benefício e proteção dos interesses dos usuários, e não para o fortalecimento dos interesses de grupos específicos. Entretanto, elas podem incidir no mercado com diferentes custos sociais, tanto para o usuário quanto para os próprios profissionais. Por outro lado, elas também podem ser construídas ou utilizadas para benefício ou proteção públicas, através dos mecanismos de proteção ao consumidor (que tendem a exercer papel crescente na regulação profissional).

As leis que regulam o exercício das profissões de saúde no Brasil são fundamentalmente deste século. Se dividirmos as ocupações de saúde entre profissões mais tradicionais - profissões com uma demanda organizacional e reconhecimento público mais antigos no país (medicina, enfermagem, farmácia, odontologia, veterinária, química, serviço social) e aquelas de organização mais recente (psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, biologia, biomedicina, fonoaudiologia) podemos identificar uma diferença de aproximadamente 30 anos no que se refere à sua regulamentação. As primeiras, tiveram suas regulamentações de exercício profissional iniciadas a partir dos anos 30, enquanto que as últimas iniciaram este processo somente nos anos 60 (algumas só completam este processo nos anos 70, com a criação dos seus respectivos conselhos federal e regionais). A primeira fase de regulamentação, nos anos 30, dispunha sobre a regulação e fiscalização do exercício profissional "diretamente" pelo estado, através de legislação federal do setor saúde. Numa etapa posterior, principalmente a partir dos anos 60, o estado, através do Ministério do Trabalho, e pela via das Leis de Criação dos Conselhos e Exercício Profissional, repassa e autoriza esta função aos Conselhos de Profissões, federal e regionais (com exceção do Conselho de Medicina e de Química, que têm sua criação na década anterior, em 1957 e 56 respectivamente). Na verdade, a lei de criação do Conselho de Medicina é de 1945, mas só em 1957 é que esta instituição passa a constituir uma autarquia, dotada

²⁸Com a Constituição de 1988 e as restrições no poder normativo-disciplinador do MTb este campo tem passado por intensas modificações. Abre-se por aqui uma importante zona de disputas.

de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira. Os Conselhos Regionais têm jurisdição em todo o Território Nacional.

A instituição das agências com status de autoridade pública para auto-regular o exercício das categorias profissionais de saúde, os Conselhos Profissionais, caracteriza um passo na profissionalização de determinadas ocupações de saúde. No caso dos Conselhos de Medicina, que, praticamente, inaugura um movimento na área da saúde, seu aparecimento teve o sentido de conter as ameaças de invasão do campo de trabalho do médico. Mas, fundamentalmente, a articulação em torno da criação do Conselho de Medicina teve o sentido de assegurar uma reserva nos mercados de serviços de saúde, em vias de crescimento no pós-guerra, devido ao aumento do poder aquisitivo da população e ao aumento da oferta de serviços de saúde a nível estatal. Os conselhos foram criados como órgãos supervisores da ética profissional em toda a República Federativa e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores dos pares, estando incumbidos de zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente²⁹.

Quadro de Legislação sobre a regulação do exercício e a criação dos Conselhos de Profissão:

Ocupação	1ª Lei de exercício	Conselhos Federal e Regionais
Medicina	1932	1957(*)
Enfermagem	1955(**)	1973
Farmácia	1932	1960
Odontologia	1931	1964
Veterinária	1968	1968
Química	1934	1956
Serviço Social	1957	1962(***)
Psicologia		1971
Nutrição	1967	1978
Fisioterapia	1969	1975(****)
Terapia Ocupacional	1969	1975(****)
Biologia		1979(*****)
Biomedicina		1979(*****)
Fonoaudiologia	1981	1981(*****)

(*) A criação do Conselho de Medicina é de 1945, mas só em 1957 é regulamentada de fato.

(**) Existe uma lei que regula a propaganda da enfermagem anterior à lei que regula o exercício da enfermagem, de 1942.

²⁹ Existe muita confusão acerca do caráter e da natureza dos Conselhos Profissionais. "tudo que gira em torno dos Conselhos é obscuro, confuso, sem rumo uniforme e definido". Pode ser de utilidade a consulta da literatura de escopo jurídico sobre o assunto. Desde um enfoque mais aproximado da Ciência Política uma aproximação inspiradora, sem dúvida, está representada pela obra de Oliveira Vianna; particularmente "Problemas de Política Objetiva" (CEN, 1930), Parte IV - O problema do Governo, que versa sobre os Conselhos Técnicos nos governos modernos. Esta obra, publicada em 1930, inspirou certamente muito do que seria implementado a partir dos anos 30. Dele também: Problemas de Direção, Problemas de Organização, 1952. Ver ainda Faria Júnior, J.L.: Ordens e Conselhos Profissionais: Profissão. Atribuições Profissionais, RT-533 - março de 1980 pp 260-63.

- (***) Existe uma lei de que institui um Conselho Nacional de Serviço Social, de 1938.
- (****) Os Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional são os mesmos.
- (*****) Os Conselhos Federal e Regionais de Biologia e Biomedicina foram criados em conjunto em 1979, e desmembrados em 1982.
- (*****) A mesma lei que dispõe sobre a regulamentação da profissão também cria os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia.

Fonte: Legislação federal do setor saúde.

Os anos setenta e oitenta foram caracterizados principalmente pela busca de regulamentação pelas profissões de nível técnico e elementar. Os tipos de conquistas regulatórias alcançadas, limitadas praticamente à definição de currículos mínimos para certificação profissional, refletem as dificuldades destas profissões no sentido de se profissionalizarem plenamente. Em geral, tratam-se de ocupações subalternas vigiadas de perto pelas profissões relacionadas dominantes. Pode-se supor que o "medo" da competição, da invasão de um mercado não muito orgânico ou forte, onde apenas uma minoria pode pagar por serviços profissionais, funcionam como limites mais ou menos naturais do crescimento e aprofundamento das demandas jurisdicionais dessas ocupações. Em sentido inverso, como forças propulsoras, atuam as políticas de diminuição dos custos de saúde que incentivam o crescimento de profissionais de nível médio, bem como a mudança da forma de atenção em saúde (atenção primária) que utiliza o profissional de nível médio como principal solução para os problemas de desigualdade do acesso aos serviços de saúde.

De todas as ocupações listadas no quadro da legislação de pessoal de nível médio e elementar (abaixo relacionado), as únicas que possuem alguma legislação referente ao exercício, restritiva ou não, são as de enfermagem, segurança no trabalho (técnico de segurança no trabalho e o técnico e auxiliar de enfermagem do trabalho), técnico em radiologia e técnico em prótese. Estas áreas refletem claramente um campo de disputa profissional mais acirrado e portanto são as áreas mais sujeitas às restrições estabelecidas pelas profissões correlacionadas dominantes. As outras categorias com raras exceções, como é o caso dos ópticos e técnicos de higiene dental, parecem não suscitar demandas jurisdicionais com maior viabilidade de sucesso.

Grupo	Ocupação	Legislação CFE (habilitação)	Currículo mínimo e Duração	Registro (regulação do exercício)
Administração Hospitalar	Técnico em Administração Hospitalar	1979 (Parecer CFE 1.468)		
	Auxiliar de Administração Hospitalar	1972 (1) (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72)		
	Secretário de Unidade de Internação	1972 (1) (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72)		
	Técnico em Registros de Saúde	1989 (Parecer CFE 353)	1989 (Resolução CFE 2)	
	Auxiliar em Registros de Saúde	1989	1990 (2) (Parecer CFE 130)	
Análises Clínicas	Laboratorista de Análises Clínicas	1972 (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72)		
	Técnico em Histologia	1975 (Parecer CFE 2.934)	1975 (Parecer CFE 2.934)	
	Auxiliar de Histologia	1975 (Parecer CFE 2.934)	1975 (Parecer CFE 2.934)	
	Técnico em Patologia Clínica	1975 (Parecer CFE 2.934)	1975 (Parecer CFE 2.934)	
	Auxiliar de Patologia Clínica	1975 (Parecer CFE 2.934)	1975 (Parecer CFE 2.934)	
	Técnico em Hematologia	1990 (Parecer CFE 59) (3)		
	Técnico em Hemoterapia	1990 (Parecer CFE 59) (3)		
	Técnico em Citologia (Citotécnico)	1989 (Parecer CFE 353)	1989 (Resolução CFE 2)	

Enfermagem E Serviços Afins	Técnico de Enfermagem (4)	1972 (Resolução 2, Parecer 45/72)	1977 (Resolução CFE 7)	Lei 7.498/1986, Decreto 94.406/1987 Resolução COFEN - 91/87, Resolução COFEN - 110/89, Resolução COFEN - 111/89.
	Auxiliar de Enfermagem (4)	1972 (Resolução 2, Parecer 45/72)	1977 (Resolução CFE 7)	Idem
	Visitador Sanitário (4)	1972 (Resolução 2, Parecer 45/72)		Idem
Farmácia	Auxiliar de Farmácia	1978 (Parecer CFE 5.210) (5)	1978 (Parecer CFE 5210) (5)	
Nutrição E Dietética	Auxiliar em Nutrição e Dietética (6)	1972 (Resolução CFE 2. Parecer 45/72)		
	Técnico em Nutrição e Dietética	1974 (Parecer CFE 4.098)	1974 (Parecer CFE 4.098)	
Operação De Equipamentos Médicos	Auxiliar Técnico de Radiologia (7)	1972 (Resolução 2, Parecer 45/72)		
	Técnico em Radiologia Médica (radiodiagnóstico)		1973 (Parecer CFE 1.263)	Lei 7.394/1985 (8) Decreto 92.790/86
	Técnico em Radiologia Médica (Radioterapia)		1973 (Parecer CFE 1.263)	
	Técnico em Radiologia Médica (Med. Nuclear)		1988 (Parecer CFE 307)	

	Técnico em Proteção Radiológica	1974 (Parecer CFE 1.672)	1974 (Parecer CFE 1.672)	
	Técnico em Operação de Reator	1974 (Parecer CFE 1.672)	1974 (Parecer CFE 1.672)	
	Técnico em Equipamentos Médico-Hospitalar	1989 (Parecer CFE 268, Parecer CFE 353)		
	Técnico em Manutenção de Equipamentos. Médico-Hospitalar. (9)		1990 (Parecer CFE 28)	
Ótica	Técnico em Ótica	1972 (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72)	1983, 1984, 1989 (Parecer CFE 404/83, Parecer CFE 481/84, Parecer CFE 269/89) (10)	
Reabilitação E Serviços Afins	Auxiliar de Fisioterapia.	1972 (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72) (11)		
	Auxiliar de Reabilitação.	1972 (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72) (11)		
	Técnico em Reabilitação - fisioterapia - fonoaudiologia - massagista - terapia ocupacional		1978 (Parecer CFE 803)	
	Técnico em Recuperação Psicomotora e de Terapia através da Dança		1976 (Parecer CFE 1.162)	

Saneamento	Técnico em Saneamento	1972 (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72)		
	Laboratorista de Saneamento	1972 (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72)		
	Auxiliar Sanitarista	1972 (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72)		
Saúde do Trabalho	Técnico em Segurança do Trabalho	1987 (Parecer CFE 632) (12)	1987 (Parecer CFE 632, Resolução CFE 4)	Portaria MTb 3.154 /1988, Portaria MTb 25 /1989
	Técnico e Auxiliar em Enfermagem do Trabalho			Portaria CFE 718 /1990, Decisão COREN/RS 044 /1991
Serviços Odontológicos	Técnico em Laboratório de Prótese Dentária	1976 (Parecer CFE 540) (13)	1976 (Parecer CFE 540)	Lei 6.710/1979, Decreto 87.689 /1982 (14)
	Auxiliar de Laboratório de Prótese Dentária	1976 (Parecer CFE 540)	1976 (Parecer CFE 540)	
	Técnico em Higiene Dental	1975 (Parecer CFE 460)	1975 (Parecer CFE 460)	
	Atendente de Consultório Dentário	1975 (Parecer CFE 460)	1975 (Parecer CFE 460)	
Habilitação Básica Em Saúde	Habilitação Básica em Saúde	1975 (Parecer CFE 3962)	1975 (Parecer CFE 3962)	

Fonte: Diversas; SENAC, 1992

- (1) Estas categorias foram criadas como habilitações parciais da área da enfermagem (Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72), sendo posteriormente (Parecer CFE 1468/79) transferidas para a área de Administração Hospitalar.
- (2) Suprime a habilitação Auxiliar em Documentação Médica.
- (3) Suprime a habilitação de Auxiliar de Banco de Sangue.

- (4) É proposto a substituição gradativa do Atendente de Enfermagem e do Auxiliar de Saúde (categorias não legitimadas) pelo Auxiliar de Enfermagem e Visitador Sanitário, respectivamente. Os Auxiliares de Saúde podem ser denominados de Atendentes de Saúde Pública e Orientadores de Saúde (Parecer CFE 184/1983). A Resolução CFE 8/1977 e o Parecer CFE 184/1983 estabelecem em caráter emergencial a formação em Primeiro Grau e supletiva do Auxiliar de Enfermagem e do Visitador Sanitário. O Parecer CFE 1.468/1979 esclarece as habilitações da área da Enfermagem: Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Visitador Sanitário.
- (5) Altera a nomenclatura de Oficial de Farmácia Hospitalar (Parecer CFE 45/1972) para Auxiliar de Farmácia.
- (6) Esta ocupação é originalmente uma habilitação parcial de Enfermagem (Resolução CFE 2/1972, Parecer CFE 45/72), e é transposta para a habilitação de Técnico, admitindo-se que um auxiliar "possa fazer apenas uma parte do curso técnico" (Parecer 4.098/1974).
- (7) É transferido para a área de Radiologia Médica (Parecer CFE 1.263/1973).
- (8) Estabelece que a profissão de Técnico de Radiologia inclui todos os operadores de raio X que executam as técnicas de: radiológica, no setor de diagnóstico; radioterápica, no setor de terapia; radioisotópica, no setor de radioisótopos; industrial, no setor industrial; e de medicina nuclear.
- (9) Esta categoria possui opções em eletrônica e eletromecânica.
- (10) Estes pareceres incluem e mantêm a disciplina de Contactologia no currículo desta ocupação; não estabelece habilitações específicas como Optometrista e Contactologista.
- (11) Regulamentadas como habilitações parciais de Enfermagem. O Parecer CFE 1.468/1979 explicita que estas categorias não constam nas habilitações parciais de enfermagem; por outro lado não existem estas categorias parciais ao Técnico em Reabilitação.
- (12) Substitui o Inspetor de Segurança do Trabalho.
- (13) O Parecer CFE 45/1977 altera a nomenclatura para Técnico de Laboratório em Prótese Dentária.
- (14) O Conselho Federal de Odontologia, órgão fiscalizador dos profissionais de prótese dentária, considera apenas a existência de uma habilitação nesta área: Técnico em Prótese Dentária, não reconhecendo a habilitação parcial de Auxiliar.

Sobre a regulação das especialidades médicas: Um breve panorama das Américas

Desde uma perspectiva do planejamento estratégico setorial, a análise do crescimento do número de especialidades regulamentadas nos países apresenta maior importância que a simples verificação do crescimento do número de especialistas trabalhando em cada uma das especialidades. Pode-se dizer que enquanto o trabalho do especialista é determinado basicamente pelos desenvolvimentos científicos e tecnológicos de um setor, o reconhecimento e a regulamentação de uma especialidade profissional revela arranjos institucionais bastante mais amplos, que extrapolam a arena do local de trabalho. Por trás de um processo de regulamentação de uma especialidade existe toda uma articulação e negociação de interesses em torno a acomodação dos conflitos e lutas distributivas intra e inter-profissionais com envolvimento mais ou menos explícito de provedores de serviços, dos usuários, do sistema legislativo e da gestão setorial dos governos, entre outros atores. Desta forma, para o planejamento setorial estratégico o conhecimento do "leque" das especialidades reconhecidas bem como das formas específicas deste reconhecimento é crucial.

Em linhas gerais pode-se dizer que em alguns países o reconhecimento e a regulamentação das especialidades se cristalizam em leis de exercício de especialidades que visam proporcionar o direito de prática exclusivo aos detentores de credenciais especificadas em lei (por exemplo, o México). Em outros, prevalecem arranjos institucionais mais "brandos", pese geralmente mais efetivos, como o hábito de cursar programas de residência publicamente reconhecidos e o registro voluntário em associações corporativo-profissionais (o caso dos Estados Unidos). Em alguns casos, é bastante a auto-identificação do profissional com a especialidade. Na prática, se pode observar que por trás de cada especialidade reconhecida se encontram subcorporações mais ou menos autônomas e auto-referenciadas, de acordo com o país, a profissão e a especialidade, com recursos organizativos, políticos e econômicos diferenciados. A posse destes recursos ao lado do grau de segmentação de interesses dentro da profissão matriz vão influir diretamente na forma particular do reconhecimento da especialidade. A maneira como as especialidades são regulamentadas pode produzir verdadeiros realinhamentos na estrutura de representação de interesses de uma profissão.

A região das Américas apresenta uma grande variedade de situações com respeito às formas de reconhecimento e regulamentação de especialidades médicas. Países como Uruguai, Costa Rica, México e Argentina, entre outros,

têm o exercício das especialidades médicas estipulado em lei. Em outros casos, como o do Brasil, o exercício das especialidades médicas está regulamentado por resoluções das agências reguladoras da profissão com status delegado de *autoridade pública* (Conselho Federal de Medicina). Nos Estados Unidos, apesar de fortemente reguladas por mecanismos institucionais, corporativos e educacionais - também presentes, diga-se de passagem, nos demais países - não existe nenhum impedimento legal para que os médicos se auto-identifiquem e exerçam como especialistas³¹. No Paraguai, por seu turno, o exercício das especialidades médicas não encontra nenhuma regulamentação oficial.

A seguir apresentamos um breve quadro relativo à regulamentação de especialidades em alguns países da região das Américas.

No México, o número de especialidades médicas reconhecidas varia de acordo com a fonte de registro (observamos de 47 a 61 especialidades de acordo ao informante). Neste país, o exercício das especialidades médicas encontra-se regulamentado na lei. O Código Sanitário de 1973 estabelece a *Academia Nacional de Medicina* como entidade com *autoridade constitucional* para o reconhecimento dos Colégios de Especialistas. Estes constituem-se nas agências acreditadas para o fornecimento do título de especialista. A Academia Nacional de Medicina reconhecia 47 especialidades médicas no país em 1992. Os *Conselhos de Certificação de Especialidades*, criados a partir de 1974, cobrem 35 (trinta e cinco) especialidades médico-sanitárias³². As Residências Médicas (em 47 especialidades contando apenas os programas da *Universidad Autonoma Metropolitana*) constituem o principal mecanismo para a formação de especialistas.

Na Costa Rica, o exercício das especialidades também se encontra regulamentado por lei específica. Esta lei estabelece inclusive uma taxonomia de especialidades médicas. O controle do exercício das especialidades está a cargo do *Colégio de Médicos y Cirujanos*, que informava, em meados de 1993, a existência de 1800 especialistas em exercício para um total de 3315 médicos ativos no país.

No Paraguai, as especialidades médicas não estão regulamentadas oficialmente, apesar de que existam, naturalmente, mecanismos informais de regulação. As associações profissionais e as sociedades de especialidades, juntamente com a *Universidad de Asunción* e as instituições de serviços que empregam especialistas, compartilham, na prática, com mais ou menos efetividade de acordo com a especialidade, o papel de regulação das especialidades. Contamos 36 (trinta

³¹De acordo com Scott and Richard (1985: 44), por influência da própria AMA que tem barrado, com sucesso, a efetivação de qualquer demanda de jurisdição exclusiva sobre qualquer área ou modo de prática médica, feita pelas subcorporações de especialidades, no sentido de garantir a unidade da representação de interesses da profissão médica.

³²Soberón y cols reclamam que a certificação proporcionada por estes conselhos e no limite a lei de especialidades não tem qualquer vigência efetiva no país: "*cualquier médico puede anunciarse especialista sin incurrir en delito*". Tampouco, continuam, os principais empregadores, incluída a *Secretaría de Salud* e o *Instituto de Seguridad Social* delimitam administrativamente as condições para a contratação dos especialistas. Também as sociedades de especialistas não exigem "la colegiación" de seus membros. É os autores vaticinam "*La ley carece de fuerza, y la idea de igualar los colegios medicos mexicanos con sus similares norteamericanos o europeos, no alcanza ser más que un buen deseo*" em "Especialidades Medicas en México: pasado, presente y futuro", vol. 1, Soberón G; Kumate, J; y Laguna J. (comp); Fondo de Cultura Economica, 1989. p. 21.

e seis) sociedades científicas de especialidades naquele país em 1993. Nos recentes movimentos pela colegiación obrigatória dos médicos, se busca chamar para o "Colégio" dos Médicos o privilégio da regulamentação das especialidades.

No Uruguai, o exercício de especialidades médicas também está regulamentada em lei que estabelece o registro mandatório dos especialistas na Universidade.

Box N° 8

Tendências Recentes da Regulação Profissional no Canadá.

Os resultados de um survey realizado entre os participantes de uma Conferência de Recursos Humanos em Saúde realizada no Canadá em 1993 ("Health Human Resources Research and Policy: Fostering the Linkage", Ontario, Canada; Sumary of Findings from the pre-Conference Survey., doc. p3e2c6, june 13-14, 1993) revelam que a questão da regulação profissional será o principal problema de recursos humanos nos próximos 10 (dez) anos naquele país. A reforma do sistema de regulação profissional, especialmente a necessidade de reexaminar os papéis e o escopo de prática atribuídos às diversas categorias de profissionais de saúde bem como de remover desnecessárias barreiras de compartimentalização profissional/ocupacional, foi eleita como prioridade 1 pela maioria dos participantes. Outra prioridade apontada foi a revisão do papel dos colégios e associações profissionais na avaliação da qualidade dos serviços médicos. O problema, segundo os propositores das reformas, é que os colégios profissionais têm atuado muito mais como promotores do auto-interesse do que na defesa do interesse público. Se fala, nesse sentido, em revisão do padrão de auto-regulação profissional da medicina e demais profissões de saúde. Uma terceira prioridade foi a promoção de ações que tornem mais efetivo o envolvimento dos colégios profissionais na avaliação de seus pares, ou seja, no desenvolvimento de testes de competência profissional e recertificação. No centro da reforma do sistema de regulação profissional está a discussão de duas estratégias distintas de regulação profissional, a regulação por campos exclusivos X a regulação por atos reservados. Em linhas gerais, gerentes de serviços de saúde e gestores governamentais sustentam a tese da regulação profissional por atos reservados enquanto as corporações profissionais, notadamente a corporação médica, sustentam a tese da regulação por campos exclusivos. Com efeito, Barer e Stoddart (1991, 4a-22 e 23), apontam que entre mais de 70 autoridades sanitárias provinciais do Canadá responsáveis pelo desenho e implementação de políticas relativas à força de trabalho médica do país, opinam que as regulações por campos exclusivos de prática representam um impedimento para uma provisão mais eficiente de significativos segmentos do cuidado, os quais sob as regulamentações de campo direito exclusivo correntes podem ser providos apenas pelo ou na melhor das hipóteses sob supervisão do médico. A visão oposta, a de que campos exclusivos de prática são necessários para garantir a boa qualidade dos serviços, para garantir que apenas indivíduos plenamente qualificados performem atos médicos, é sustentada pela corporação médica. A tendência hegemônica, mesmo que ainda não majoritária, aponta para a eliminação dos campos exclusivos de prática (exclusive fields of practice) e a sua substituição por modelos mais circunscritos nos quais o que se regulam

são conjuntos de atos exclusivos e títulos reservados. Tanto é assim que legislação sobre a matéria foi promulgada em finais de 1993 numa das províncias do Canadá. A implantação de um sistema de regulamentação profissional que substitui os monopólios dos campos de exercício profissional por uma lista de atos reservados a membros de uma profissão mas que não lhes corresponderia com exclusividade tem a vantagem, segundo seus defensores, de propiciar maior flexibilidade na organização do trabalho e uma maior propensão à cooperação inter-profissões.

Na Argentina, as especialidades também estão regulamentadas por lei nacional. Entretanto, o número de especialidades médicas varia de acordo com a província, não havendo um registro único. A *Dirección Nacional de Control y Regulación del Ejercicio Profesional y de las Especialidades*, órgão dependente da *Secretaría de Salud del Ministerio de Acción Social*, reconhecia 70 especialidades médicas em 1992. A secretaria de saúde informava mais de 140 especialidades e subespecialidades médicas no país.

Nos Estados Unidos, o número de especialidades e subespecialidades médicas reconhecidas, varia conforme a fonte de informação (desde 60 até 90 especialidades existentes em 1992). A AMA (American Medical Association) reconhecia 82 especialidades médicas em 1992. Se apontavam 7000 programas de Residência Médica acreditados em 78 especialidades médicas (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*). O "Directory of Medical Specialties" lista mais de 380 organizações entre as associações internacionais, nacionais ou regionais de representação de interesses de especialistas. Existe também um Conselho de Sociedades de Especialidades Médicas (*Council of Medical Specialties*) que congrega as mais poderosas associações de especialistas do país, entre as quais 24 oficialmente reconhecidas pela AMA para emitir certificados de especialistas. Assim, embora a AMA ainda seja, sem qualquer lugar para dúvidas, a mais forte das organizações de representação congregada de interesses dos médicos nos Estados Unidos, com mais da metade dos médicos ativos no país a ela filiados (este número já chegou a quase dois terços nos anos quarenta), é crescente o poder das sociedades de especialistas na estrutura de representação coletiva de interesses da profissão médica.

3.2 Aspectos da agenda dos Conselhos Profissionais

10. Neste capítulo do relatório trazemos para análise alguns dos elementos centrais que compõem a agenda da ação coletiva de Conselhos Profissionais da área da saúde. Ressaltamos os tópicos ou as disputas e demandas passíveis de gerarem "movimentações" na arena do sistema legal de reconhecimento profissional. Das entrevistas que constituem o acervo da pesquisa selecionamos as entrevistas realizadas com representantes (na maioria

consultores jurídicos) de quatro profissões. A escolha das profissões se deu pelo fato delas representarem situações (ou fases) mais ou menos características (ou típicas) no processo de desenvolvimento e consolidação das profissões. A profissão médica, como representante de uma profissão tradicional consolidada e com demandas de expansão jurisdicional para além do território exclusivamente tradicional, adentrando em questões de ordem neo-corporativas. A farmácia, por representar uma profissão tradicional em situação de sensação de perda de território e em conflito aberto com os químicos e proprietários de farmácia. A profissão do Assistente Social, pelo fato de representar uma profissão vinculada tradicionalmente aos desenvolvimentos do Estado Social mas que vive, no Brasil, na área da saúde uma situação de crise de inserção e com falta de reconhecimento profissional. Por fim, tomamos o exemplo de uma profissão que pode ser chamada de "novíssima" profissão.

O caso dos Assistentes Sociais

Apesar de possuir uma das legislações mais antigas em relação à regulamentação do exercício profissional (1957) e de criação dos seus Conselhos Federal e Regionais (1962) - portanto, uma profissão em certa medida "tradicional" quanto à sua existência - a grande preocupação apontada pelo entrevistado está na falta de reconhecimento e identidade profissional deste grupo, especialmente em relação à sua inserção no mercado de trabalho da saúde. Como consequência imediata deste fato, decorre o "prejuízo" financeiro para os pares e para o grupo como um todo, na medida em que não só a autoridade no trabalho estaria sendo colocada em questão, mas também o status desta profissão. Algumas conquistas apontadas revelam as disputas e estratégias de profissionalização encaminhadas nos últimos anos. A "vitória" recente, para usar um termo colocado pelo próprio entrevistado, no que se refere à publicação de uma portaria pelo Ministério da Saúde que, "pelo menos", reconhece o Curso de Serviço Social como sendo da área da saúde, e algumas conquistas isoladas nas esferas locais do trabalho, do trabalho em equipes de saúde, ilustram de uma certa forma as principais dificuldades e demandas deste grupo ocupacional. Na verdade, em relação ao que estamos chamando de arena do trabalho, de um lado, os assistentes sociais não estão sendo aproveitados nas funções para as quais foram treinados, próprias do currículo escolar profissional, e de outro, eles se vêm invariavelmente colocados em desvio de função, exercendo atividades próprias de outras categorias profissionais. Não se pode afirmar, contudo, que as razões disso passem pela invasão de outros grupos profissionais com atividades afins no espaço de trabalho do assistente social no setor saúde. Tampouco, se pode afirmar que o fenômeno da falta de identidade na arena do local de trabalho identificado

passa pela simples inexistência de uma demanda concreta para o trabalho do assistente social na equipe de saúde. Um estudo neste campo específico do conhecimento poderia revelar alguns destes motivos.

O representante do Conselho insiste na questão da falta de reconhecimento e identidade profissional e na necessidade de definir estas questões na arena do sistema legal, através da criação de leis e portarias que possam legitimar o trabalho desta profissão e assegurar seu espaço jurisdicional. Nas palavras do entrevistado, "o controle (da exclusividade do exercício do assistente social) pode existir através da legislação e das rotinas dos programas, de forma que contemple os interesses deste grupo profissional (...). A legislação tem que se atualizar à dinâmica e ao avanço técnico de cada saber dentro da área da saúde".

Box N° 9

CONSELHO FEDERAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS.

Uma dificuldade para os Assistentes Sociais com relação à legislação de recursos humanos na área da saúde, está justamente relacionada com a identificação deste profissional, e com sua inserção neste setor, isto é, como um profissional de saúde. Existem portarias internas e resoluções que, num primeiro momento, não consideraram o Assistente Social como um profissional da equipe de saúde. Esta dificuldade gerou uma série de complicadores a nível da atuação e da organização dessa categoria no espaço de trabalho da equipe de saúde. Existe agora, uma Portaria (N° 38) que, pelo menos, reconhece o curso de serviço social como um curso da área da saúde. A Portaria anterior (N° 17) não fazia esse reconhecimento. Esse é o problema que teve maior destaque no período mais recente.

A questão da produtividade e das gratificações que o SUS e suas normas vêm regulamentando reflete o problema. Em função do profissional não ser reconhecido como da área da saúde, aparecem efeitos diretos, econômicos, de comprometimento mesmo do que o profissional poderia receber mensalmente. Existe a produção, o trabalho, mas não existe o reconhecimento, isso é uma outra questão, que também está articulada com a anterior.

Este é um ponto fundamental, o do reconhecimento mesmo da profissão. A legislação tem que se atualizar à dinâmica e ao avanço técnico de cada saber dentro da área da saúde. Ela tem, com certeza, que ser atualizada, ela não pode ser estanque e monolítica, ela é conjuntural. A Portaria N° 38, do Conselho Nacional de Saúde, assinada pelo Ministro da Saúde, que reconhece o curso de Serviço Social como sendo da área da saúde, abre espaço para pleitear novas conquistas para a profissão, embora, a nível de movimentos localizados, das esferas locais, já tenham acontecido conquistas independentemente da legislação.

Um problema muito sério, que não é só da área de saúde, é a questão do desvio de função, da supervisão e do controle dessa situação. Este controle pode existir através da legislação e das rotinas dos programas, pode estar pensado inclusive no nível da execução ou mesmo da formulação das ações, de forma que contemple os interesses deste grupo profissional. A questão fundamental está no espaço institucional. É dentro do espaço institucional que você vai identificar este problema. Aí encontra-se o Assistente Social, bem como outros profissionais, em desvio de função, trabalhando em condições precárias e até desenvolvendo ações que não são suas, nas quais eles não estão qualificados para exercer. Além disso, os Assistentes Sociais não são sendo aproveitados para exercer as atividades para as quais eles se qualificaram.

A questão do reconhecimento é básica e fundamental, porque ela interfere em todo o exercício, ela interfere na identidade desse profissional; se não está contemplada, tem-se uma instabilidade absoluta, uma insatisfação, com o profissional bastante desarticulado enquanto elemento da equipe de trabalho. E esta não é uma questão estritamente corporativista, é uma questão de se ter o reconhecimento da identidade de cada profissão, dentro do espaço coletivo das ações de saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que a legislação com relação aos assistentes sociais tem sido omissa.

Em qualquer ato normatizador, em qualquer legislação, é importante pensar as regras, as normas dentro de uma perspectiva da dinâmica do exercício profissional, da conjuntura, das demandas dos serviços de saúde, na sua totalidade, para se poder fazer adequações dentro do processo de trabalho, para não cair no imobilismo e na dicotomia que se estabelece entre o real e a norma. É fundamental a existência de uma legislação adequada, que busque sempre atualizar os serviços e os atores que estão envolvidos nesse serviço, entre eles o assistente social. O restante é parte das ações do coletivo, são questões de condições de trabalho, salariais, etc. O que particulariza hoje a questão do assistente social, mas que não é um problema só dele, é o problema do seu reconhecimento nos serviços de saúde. Neste ponto, a legislação ajudaria bastante.

Fonte: entrevista com Presidente do Conselho

O caso dos Farmacêuticos

A necessidade de reforma na legislação profissional que regulamenta o exercício das profissões de saúde está claramente apontada no discurso do representante do Conselho Federal de Farmácia. Em todos os casos, refere-se o entrevistado a um anacronismo e inadequação da legislação: primeiro, quanto à falta de autonomia e autoridade na farmácia, cada vez mais distante do seu antigo e legítimo "dono", o próprio farmacêutico. Por aí se identifica uma ameaça para a saúde pública. Se a fiscalização do profissional farmacêutico é, por lei, de competência do Conselho, ele não tem nenhuma autoridade sobre a empresa (a farmácia), e sobre o seu objeto de trabalho, o medicamento. A fiscalização da empresa (da farmácia) e dos seus medicamentos está a cargo da Vigilância Sanitária, que nem sempre a exerce de maneira eficaz. Nas palavras do entrevistado, "não adianta o Conselho fiscalizar se não tem um órgão que fiscalize e faça com que a legislação seja cumprida". Além disso, a existência de um grupo forte e tradicional na disputa por um espaço dentro desta área de trabalho - os químicos - parece colocar em cheque o próprio destino do farmacêutico. Transparece assim, a "sensação" de perda de espaço da profissão, de um lado, para os mecanismos burocráticos de

estado, representados por uma vigilância sanitária ineficiente, e de outro, para os químicos, que tentam invadir o território de trabalho e atuação dos farmacêuticos (e também o de outras profissões: nutrição, agronomia, biologia, biomedicina, como exemplifica o próprio entrevistado), concentrando esforços e, talvez, sucessos, na arena do sistema legal, “privatizando” corporativisticamente determinadas áreas de ação laboral comum as outras profissões.

A agenda de trabalho dos farmacêuticos aponta para uma maior concentração de ações na arena do sistema legal, principalmente no acompanhamento das comissões e projetos do legislativo e na defesa de sua jurisdição.

Box Nº 10

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA.

O problema da Legislação não só da farmácia, como da maioria das profissões regulamentadas, é que, normalmente, elas são cópias de uma legislação alienígena e ao copiar, descaracterizam-se determinados institutos que deveriam ser salientados. Na realidade, a maioria das Legislações que regulamentam a profissão liberal não estão de acordo com os anseios da sociedade. Há um disparate entre realidade social de fato e legislação e comportamentos profissionais.

Essa inadequação da legislação à realidade social é antiga. Nossa legislação é de 1960, 1963. Além disso, existem normas específicas de farmacêuticos e normas de direito sanitário que regulamentam a atividade farmacêutica. Existem também várias figuras da profissão farmacêutica que não estão regulamentadas: diretor técnico, assistente técnico. Em resumo, existem figuras e institutos confusos e normas ultrapassadas que confundem não só a sociedade como também o poder judiciário quanto à sua aplicação, necessitando de uma melhor regulamentação. Um desacordo entre uma facção ou um sindicato e a sociedade, ou entre o comércio varejista e a própria profissão farmacêutica.

Numa comparação entre a profissão farmacêutica e a profissão dos químicos, as duas têm uma lei que regulamenta a criação dos órgãos dos Conselhos Federal e Regionais de química e de farmácia. Existem também dois decretos regulamentadores dessa lei. Esses dois decretos estabelecem uma diferença entre o que é atividade privativa e o que é atividade comum dessas duas profissões. As atividades comuns se misturam porque são idênticas para os químicos e farmacêuticos e nessa identidade existe uma enorme confusão, uma briga corporativista pela atuação profissional na sociedade. Os conselhos sobrevivem de uma anuidade que é paga tanto pelos profissionais respectivos, quanto por determinadas firmas ou indústrias que exercem atividades específicas destas áreas (de química e de farmácia). Esta briga é pela receita, para manutenção do próprio órgão (o Conselho), uma briga corporativista com invasão de um sobre o outro. Isso não acontece só com os farmacêuticos, mas com os biólogos, nutricionistas, químicos.... Existem muitas atividades que são comuns a outras profissões. Esta confusão, essa falta de separação legal do que seja a sua área de atuação dificulta o exercício normal e harmônico das profissões ou dos profissionais.

Existe uma falha na atual legislação de não ratificar o bastante os institutos próprios. Digamos assim, na legislação farmacêutica você tem uma farmácia que é propriedade de um comerciante. Este comerciante-proprietário usa um mecanismo de "empurroterapia", onde o interesse dele está na venda de medicamentos mais caros.

Assim, o balconista ganha uma porcentagem em cima da quantidade de vendas. O farmacêutico, aquele que deve dar a assistência farmacêutica à farmácia, indicando qual é o medicamento mais barato que possui a mesma atividade terapêutica, fica impossibilitado de exercer esta função, porque estaria dando prejuízo ao proprietário da farmácia. Por sua vez, o proprietário da farmácia prefere que o responsável técnico, o farmacêutico, fique longe da farmácia e só venha para receber o seu salário no final do mês, para que ele (o farmacêutico) não se oponha à "empurroterapia", que significa, afinal, a forma mais rentável que ele pode ter. Por isso, é necessário, talvez, "resgatar a farmácia para o farmacêutico, em benefício da própria saúde pública". Institutos como a regulamentação da direção técnica de uma farmácia, mesmo sendo ela de um comerciante, devem ser salientados, com bastante firmeza, porque o prejuízo é só da sociedade e da saúde pública. Hoje, quando se fiscaliza uma farmácia, o farmacêutico não está lá. A farmácia é, cada vez mais, do comerciante, muito mais do que era antes. Se hoje, os Conselhos fiscalizarem ativamente esses profissionais, não vão encontrá-los e se for chamá-los, então 90% dos profissionais de farmácia estarão em processo por não exercer a profissão.

Na realidade, existe uma previsão legal, a lei sanitária Nº 5.991/73 - Decreto regulamentador Nº 74.170 - que diz que na farmácia e drogarias deve ter, durante seu funcionamento, um responsável técnico, mas esta lei é um pouco obscura. A legislação farmacêutica não abre nenhuma brecha, mas a legislação sanitária sim. De fato, a falta de fiscalização sanitária é que abre a brecha. A vigilância sanitária no país não funciona. Os conselhos têm como papel institucional fiscalizar o profissional e muito raramente uma empresa. Quem tem direito de fechar estabelecimento, ou empresa e de apreender mercadoria, é a vigilância sanitária, e ela não funciona, quer dizer, não há fiscalização nas farmácias e drogarias e nos estabelecimentos de medicamentos. Não adianta o Conselho fiscalizar se não tem um órgão que fiscalize e faça com que a legislação seja cumprida.

Deve-se salientar aqui a necessidade de um trabalho mais aprimorado do Congresso Nacional, principalmente nas suas comissões. Existe hoje um projeto de lei, dos químicos, que usa, da forma mais arcaica, o corporativismo. Este projeto de lei adentra nas mais variadas profissões, privatizando, para os químicos, determinadas áreas, quando já existem leis federais que regulamentam cada uma dessas profissões. Existe um novo projeto de lei que revoga as anteriores e torna privativa determinadas atividades profissionais. Este projeto passou pela Comissão de Constituição e Justiça e está para ser votado no plenário, e constitui-se num verdadeiro absurdo. Será necessário entrarmos com uma ação de inconstitucionalidade da própria lei, já votada. É preciso que os órgãos se atenham com mais seriedade na regulamentação das profissões liberais ou das profissões regulamentadas. Falta ética por parte dos autores deste projeto. O projeto

foi elaborado no gabinete do Conselho Federal de Química, tendo como ponto de partida um sentimento corporativista obsoleto, arcaico, que privatiza determinadas atividades que são afins do farmacêutico, do nutricionista, do agrônomo, do biólogo, do biomédico. Um sentimento corporativista, essa vontade de ter, na sociedade, um campo maior de atuação para sua atividade específica. É preciso um trabalho técnico mais profissional da Comissão do Congresso Nacional, para que não passem determinadas leis, já carregadas de inconstitucionalidade.

Fonte: entrevista com o Consultor jurídico

O caso dos Fonoaudiólogos

Em entrevista junto ao Conselho Federal de Fonoaudiologia é possível identificar alguns pontos de relevância no que se refere às demandas de regulação profissional, principalmente em relação às disputas nas arenas do local do trabalho e do sistema legal. No primeiro caso, é visível a preocupação desta profissão com os grupos concorrentes potenciais na disputa pelas tarefas e atividades pertinentes ao mundo e ao sistema do trabalho. Isto é, pela definição do campo ou área de atuação dos fonoaudiólogos. Por um lado, identifica-se uma disputa de jurisdição de trabalho com os "leigos" e por outro, com outras profissões. Estas disputas em torno aos territórios de trabalho, são determinadas, segundo a visão do entrevistado, pelo fato de ser esta uma novíssima profissão, com atribuições pouco definidas. Tal fato, ainda segundo o entrevistado, implica um "período temporal no qual os leigos são considerados como pessoas habilitadas". Conforme o entrevistado, "falta objetividade com relação ao exercício da fonoaudiologia". Ainda se encontram em vias de melhor definição as atribuições o objeto específico de trabalho do fonoaudiólogo. A disputa com outros grupos profissionais, que de uma forma ou de outra, realizam tarefas afins, constitui-se numa ameaça direta aos fonoaudiólogos. Entre estes últimos, o entrevistado identifica os professores do magistério, especialmente aqueles que trabalham com o ensino especial, o sociólogo, o psicólogo, o médico otorrinolaringologista, e, até, o pessoal de nível técnico que exerce função nesta área. A questão da disputa na arena do trabalho está centrada na definição da natureza do trabalho profissional de fonoaudiólogos e grupos competidores. A posição e ação estratégicas dos fonoaudiólogos, segundo opinião do entrevistado, deve estar relacionada principalmente com a defesa de natureza terapêutica de sua atuação, em oposição a uma natureza "escolar" desempenhada por outros grupos profissionais, mais especificamente, o professor e o sociólogo.

Na fala do entrevistado as demandas e ações da categoria direcionadas à arena do Sistema Legal devem se concentrar nos mecanismos de fortalecimento e autonomia nos campos financeiro e no do controle e supervisão do trabalho dos técnicos e empresas que oferecem trabalhos de natureza similar. As demandas específicas da “habilitação profissional” bem como as que respeitam à institucionalização dos Conselhos e os Cursos de Fonoaudiologia já foram contemplados por lei e nesse sentido já não figuram como pontos prioritários da ação coletiva da categoria. As questões do exercício decorrentes deste processo vão ser solucionadas fundamentalmente no plano da arena do trabalho e da arena da opinião pública, embora esta última não esteja sendo trabalhada por eles.

Em síntese podemos identificar os seguintes pontos como centrais na agenda de profissionalização dos fonoaudiólogos:

- fortalecimento dos mecanismos de financiamento dos Conselhos Profissionais;
- melhor definição das atribuições profissionais (jurisdição) com base em aperfeiçoamento dos currículos escolares;
- implementar mecanismos de controle sobre os técnicos e, principalmente, sobre as empresas que atuam no setor;
- definição da expertise terapêutica para a profissão.

Box Nº 11**CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA.**

1 - A legislação da fonoaudiologia, Lei Nº 6.965 de 12/81, é de certa forma recente. Embora passados mais de 12 anos de sua edição, ela tem uma maior dificuldade de aplicação porque a fonoaudiologia não é uma profissão como a medicina e a odontologia, ou a engenharia e tantas outras, já sedimentadas dentro da sociedade. A fonoaudiologia é um ramo da ciência e da área da saúde que se desligou de um ramo maior, exatamente para se especializar e poder tratar, com maior acuidade, os problemas da voz, da fala e da comunicação falada e escrita. Em função disso, parece que não houve um cuidado maior no sentido de editar uma Lei ampla, perfeita e completa. Existem falhas na legislação da fonoaudiologia, como por exemplo, no que diz respeito à questão das penalidades para quem exercer ilegalmente a profissão, seja em relação aos leigos, seja em relação aos próprios profissionais que, em determinados momentos, cometem ilegalidades no exercício da profissão; da mesma forma, ocorre também um abuso muito grande em relação ao registro e ao controle do exercício profissional de empresas. Como é de conhecimento de todos, as empresas se organizam para exercer profissionalmente determinadas atividades. Assim é com relação aos hospitais, às clínicas odontológicas, às empresas de engenharia, que se organizam comercialmente ou através de sociedades civis para prestar serviços profissionais. A prestação de serviços profissionais organizada por empresas demanda a necessidade de um controle muito grande, em relação ao aparelhamento, pessoal, entre outros. A Lei da fonoaudiologia é falha nesse sentido. Não há uma definição precisa quanto às empresas para a prestação desse tipo de serviço, quanto ao registro e requisitos que elas devem cumprir. Uma grande falha da lei da fonoaudiologia está relacionada com a falta de objetividade no que se refere ao seu exercício por pessoas jurídicas.

Um segundo ponto, decorrente do fato de ser a fonoaudiologia uma profissão de regulamentação bastante recente, e comum às novas profissões, é a existência de um período temporal no qual leigos são considerados como pessoas habilitadas. Na fonoaudiologia existe uma dificuldade muito grande em estabelecer as pessoas que, em determinado momento, por já terem exercido atividades similares da fonoaudiologia, poderão ser habilitadas. Existe uma área de sombra muito grande entre a fonoaudiologia e atividades do magistério, notadamente do ensino especial, onde não se consegue definir o que são as atribuições do fonoaudiólogo e o que são as atribuições do professor. Nós temos insistido que as atribuições do fonoaudiólogo são aquelas de natureza terapêutica, e não as de cunho escolar encontradas na atividade de magistério. Dentro da fonoaudiologia, encontram-se uma imensidão de pessoas que exercem o

magistério (sobretudo o ensino especial) e que desejam habilitação por força de disposições da Lei (que regulamenta o exercício da fonoaudiologia). Esta lei permite essa possibilidade para pessoas que até cinco anos antes da sua edição exerciam atividades de fonoaudiologia. Só que essas atividades, na maioria das vezes, estariam sendo exercidas pelo professor de ensino especial. Existe muita dificuldade em solucionar essa questão, porque corre o risco de colocar no mercado de trabalho, sob a chancela do Conselho de Fonoaudiologia, uma pessoa que não atende os requisitos mínimos de escolaridade e aprendizado para exercer uma atividade terapêutica. A concessão do registro faz com que a pessoa habilitada possa exercer tudo o que a lei admite quando, na verdade, ela exerceu (exerce) apenas uma, duas ou três atividades em comum tanto para o professor quanto para o fonoaudiólogo. Tal atividade poderá ser também um atributo de outra profissão como seria, talvez, o caso do psicólogo, das pessoas que tratam de atividades escolares e outras tantas.

Uma outra questão que merece destaque, relativa à regulamentação dos conselhos de fiscalização profissional, é que todos eles, independente de se tratarem ou não de atividades de saúde, são considerados autarquias corporativas, autarquias de fiscalização profissional que têm natureza jurídica de direito público. Com a Constituição de 88, foi exigido que a administração pública adotasse regimes jurídicos únicos para a regulamentação das atividades trabalhistas, entre a administração e seus empregados. Isto tem gerado muita polêmica com esses conselhos, onde seus empregados pleiteiam a aplicação do regime jurídico único aprovado pela Lei 8.112 que estabelece determinados benefícios aos trabalhadores, como direito à aposentadoria integral, licença prêmio, etc. Entretanto, as entidades de fiscalização do exercício profissional têm uma organização muito especial, porque autarquias que arrecadam recursos de natureza compulsória dos profissionais. Como se trata de contribuições compulsórias criadas por lei, as entidades são obrigadas a fazer uma prestação de contas nos moldes da administração pública. Mas os recursos que os Conselhos arrecadam são limitados. Na medida em que (os recursos) são gerados pelas próprias contribuições dos seus profissionais, não existe a possibilidade de, a qualquer momento que se torne necessário, demandar da população um aumento da contribuição no sentido de suprir as dificuldades de caixa e bancar as despesas de pessoal com benefícios previdenciários. Por um lado, os empregados de muitos desses conselhos vêm exigindo a aplicação da lei do regime jurídico único. Por outro, essas entidades não têm recursos suficientes para bancar esse tipo de encargo. Além disso, parece que eles não estão de acordo com a natureza organizacional dessas instituições. Seria interessante que as legislações regulamentadoras dos conselhos tratassem de definir um regime jurídico de relacionamento entre os conselhos

e seus empregados, de forma que estes não ficassem em contendas infundáveis com o Tribunal de Contas da União, ou com o Poder Judiciário (para saber se aplica ou não o regime jurídico único). Os conselhos têm adotado, como regra, a Consolidação das Leis do Trabalho. Dessa forma, é possível a prevenção de despesas sem motivo.

2 - A legislação da fonoaudiologia é muito superficial, permitindo a existência de empresas que são habilitadas por excepcionalidade da lei. Talvez uma melhor definição das atribuições dos profissionais fosse relevante, ou então, o estabelecimento em lei, com maior clareza, de prerrogativas para que os Conselhos Regionais e Federal possam tratar da regulamentação das atribuições. Talvez não fosse muito interessante que a lei tratasse com muita especificidade das atribuições, mas que estabelecesse, com inequívoca certeza, a possibilidade do seu órgão normativo, o Conselho Federal de Fonoaudiologia, definir sobre essas atribuições no nível técnico. Verifica-se, hoje, atribuições que são muito genéricas. Não existe na lei o deferimento de uma prerrogativa bem sólida para que o Conselho Federal possa se dispor sobre essas atribuições, como acontece por exemplo na engenharia, onde o Conselho Federal tem o poder de dispor sobre as atribuições dos seus profissionais. É claro que, existindo muitas modalidades profissionais dentro do conselho de engenharia, é preciso que este tenha uma flexibilidade muito maior. Esta atribuição deveria existir também na fonoaudiologia que, fundamentada nos currículos escolares, poderia estabelecer o limite de atribuições de cada profissional, restringindo-as ou ampliando-as conforme o seu aprendizado. Hoje em dia, existe uma dificuldade para estabelecer as atribuições do fonoaudiólogo dentro das áreas de audiologia, onde atua o médico otorrino, bem como outras profissões. Permanece a dúvida sobre o que esses profissionais podem ou não fazer. O Conselho está limitado para resolver estas questões. Nesse sentido, deveria também existir uma flexibilização ou ampliação das atribuições do Conselho Federal para que este se dispusesse sobre as questões técnicas com mais agilidade.

Outro aspecto importante é que, em nosso país mudam-se as regras econômicas a todo momento. Assim, encontramos um "vazio" na parte que se refere à fixação de valores de anuidade. Os conselhos apresentam-se com alguma fragilidade, porque não existe uma lei sólida que trate da fixação de anuidade. Antigamente, existia a Lei Nº. 6.994 que estabelecia a fixação de anuidade tanto de profissionais quanto de empresas, com base no maior valor de referência. Uma nova lei extinguiu o maior valor referência, deixando um vazio na legislação das anuidades. Os conselhos são mantidos com o valor dessas contribuições. A lei deveria fixar esta questão com maior objetividade, preservando os interesses dos Conselhos que precisam dessas receitas para se manterem, uma vez que a fiscalização que eles exercem são de interesse

público, "porque se não tiver quem faça a fiscalização vai haver uma debandada de leigos fazendo todo o tipo de serviço, com prejuízos gigantescos para a comunidade, e na área de saúde esses prejuízos são irreparáveis". A contribuição deve ser suficiente o bastante para as entidades se organizarem e exercerem sem maior dificuldade a sua função fiscalizadora, normativa, de controle. Isto evitaria até um confisco da renda dos profissionais que ficam obrigados pagar a essas contribuições. Essas questões são válidas também para as empresas, da mesma forma como era antes regulado, pela Lei 6.994.

Tem havido alguma movimentação em torno a essa problemática, com a participação do Conselho Federal de Fonoaudiologia e de seus funcionários, embora essas questões tenham sido discutidas apenas a nível interno das instituições ligadas à fonoaudiologia. Mas, ela tem sido também objeto de discussão de outros Conselhos Federal, para o aperfeiçoamento dessa legislação profissional. Existe uma lei que dá atribuições ilimitadas para os Conselhos fixarem qualquer valor de anuidade. Do ponto de vista jurídico-tributário, jurídico-fiscal e até ético, não deveria haver toda essa liberdade, porque isto criaria uma desestruturação do sistema. É preciso respeitar o princípio da anualidade na fixação das contribuições para que, numa mudança de gestão, a diretoria ou plenário não possa fixar uma contribuição muito pequena exatamente para que desestrua as finanças da nova administração, ou para que não haja um excesso na anuidade que possa prejudicar os profissionais. A autonomia ilimitada na fixação de anuidades não é boa. Essa Lei foi aprovada e sancionada. Tem que haver uma composição dos interesses da profissão, da instituição que representa a profissão e da corporação como um todo, e tem que haver também uma preservação dos interesses dos profissionais que, nesse caso, estão contribuindo.

Fonte: entrevista com o consultor jurídico

O caso dos Médicos

Como em outros casos aqui apresentados, a medicina também faz críticas à legislação vigente, especialmente quanto à sua inadequação em acompanhar as mudanças decorrentes da prática médica, tecnológicas sobretudo. A agenda do Conselho Federal de Medicina apresenta questões fundamentais para propor a adequação das leis vigentes no que se refere à ação no plano ético e na busca de uma maior autonomia. Aqui desaparecem as disputas com outros grupos ocupacionais (ou pelos menos elas não se explicitam enfaticamente) e revela-se uma demanda de interesse público geral, por maior autonomia e autoridade do médico sobre aspectos cruciais da organização da sociedade (cidadania; carência; direito; equidade; educação; controle social, etc). O discurso médico pretende proferir a necessidade de ampliação da

função dos Conselhos para além da lei e da norma. A função do Conselho, na visão do entrevistado, deve ter seus limites ampliados de órgão fiscalizador do exercício profissional para o de órgão também responsável pela "promoção da saúde". Segundo o entrevistado, os problemas coletivos de saúde são também problemas dos conselhos. Nessa linha, a participação dos Conselhos deveria se dar no nível político, da esfera pública; da formulação e implementação das políticas preventivas e públicas de saúde.

O Conselho também reclama do seu limitado poder de atuação nas questões de má-prática e reivindica para si responsabilidades que vão além da punição técnica e ética individual. Eles reclamam para si, por exemplo, o poder de suspensão do médico que aguarda julgamento por má-prática, poder este pertinente ao Judiciário. Além disso, o Conselho pretende um maior poder de ação na fiscalização de entidades/pessoas jurídicas relacionadas com a prestação de serviços médicos: hospitais, planos de saúde, seguradoras, etc. Neste caso, o interesse está centrado na proteção do médico e do paciente; quer dizer, no interesse público.

Uma preocupação ética (da bioética talvez) considerada como prioridade está relacionada com a ação destes órgãos fiscalizadores em torno à incorporação de novas tecnologias com impactos imprevisíveis sobre a vida das pessoas, como as novas formas de concepção e gravidez, a duplicação clônica e o uso crescente da telecomunicação no mundo do trabalho da medicina, trazendo para este espaço pessoas e instrumentos não tradicionais a ela. A legislação existente não acompanha esta dinâmica, o que justificaria mais uma vez a ampliação da jurisdição ou território de ação do médico.

A valorização do profissional aparece também enquanto preocupação de uma categoria que se sente ameaçada pela "proletarização" do médico, na medida em que crescem o número de médicos empregados bem como o número de empregos (médicos que trabalham em 5, 6 empregos de uma só vez).

Na agenda mínima das ações específicas do conselho constam:

- Um projeto de lei no Congresso Nacional que visa a modificação da lei que regulamenta o exercício da medicina e a constituição dos conselhos.
- Elaboração de propostas e participação em torno aos debates MERCOSUL.
- Ampliação das funções de fiscalização individual para ação no plano também coletivo.
- Participação na organização de formas de fiscalizar a cidadania.
- Valorização do médico empregado.

Box Nº 12

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.

O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais são autarquias de regime especial que têm a função de fiscalização ética e de promoção da saúde no país. Existe uma questão metodológica central na aplicação das normas éticas. Todas as decisões dos conselhos que tenham um sentido educativo e punitivo podem ser revistas pelo Judiciário. Como consequência disso, quando o Conselho de Medicina cassa o exercício de um médico (por exemplo, um "aborteiro maluco"), este médico "cassado" pode entrar com uma liminar na justiça e continuar, durante anos, com o mesmo trabalho de matar. A grande questão é essa: a sentença do Conselho deveria ter um efeito suspensivo, acatado pelo Judiciário até a resolução do caso.

Um segundo ponto importante em termos de legislação médica, é que ainda existem limites para o trabalho ético. A visão do legislador é uma visão ainda muito individualista, quando no mundo de hoje existem demandas éticas coletivas. Existem muitas dificuldades na fiscalização de hospitais, de entidades de prestação de serviços médicos e de entidades que, à primeira vista, não têm relação com a atividade médica, mas que financiam a atividade médica, como os planos de saúde, por exemplo. Neste âmbito, verdadeiras barbaridades são cometidas. Como consultor jurídico, acho que nós temos o poder de "polícia" para fiscalizar e fechar hospitais, mas isto sempre ocorre com problemas, com os juízes e os governos discordando deste tipo de ação, porque acreditam que a ética não dá base para uma fiscalização. Muitas vezes esse é o limite. A gente fica fiscalizando o médico individualmente, e o grande problema não está no médico, mas nas estruturas de "exploração" do médico e nas estruturas de exploração, inclusive, do cliente, do segurado. Existem cláusulas de má fé e corruptas nos contratos, onde o segurado paga durante anos a determinado grupo médico e na hora que precisa dos serviços não pode obtê-los por que tem uma cláusula que o impede. Hoje, a justiça já tem se encaminhado para ampliar a interpretação deste contratos. Existe uma interpretação, uma jurisprudência que diz que "a gente não pode encarar o ser humano como se fosse um automóvel, porque eu só trabalho com carburador". O ser humano é integral e o seguro deve cobrir a vida dele em todas as suas dimensões. Mesmo assim, estas jurisprudências ainda são minoritárias no entendimento do cumprimento literal do contrato. Em resumo, existem estes dois grandes limites. Apesar disso, ainda estamos muito à frente de toda a América Latina porque nós efetivamente punimos, educamos e interferimos na saúde do país.

Uma outra questão diz respeito à desatualização da legislação. O impacto da tecnologia tem trazido problemas novos que, muitas vezes, a legislação não contempla.

Por exemplo, nos Estados Unidos, já se opera por televisão, isto é, um médico que está na Califórnia opera uma pessoa que está em Michigan, por via de instrumentos tecnológicos da telecomunicação. Tem ainda a questão das novas formas de concepção, do "bebê de proveta" e de todas as outras formas artificiais de concepção e gravidez. Ou seja, o exercício da medicina está sendo levado com a crescente participação de outros profissionais e tecnologias que não são necessariamente médicos. Algumas vezes, os aparelhos valem mais que os profissionais.

A questão ética tem ainda problemas para lidar com os grandes impactos coletivos de saúde, por exemplo a questão carencial, dos 32 milhões de indigentes nesse país. Os dispositivos éticos ainda são individuais e os Conselhos de Saúde, seja de medicina, enfermagem, fisioterapia e tantos outros têm a função de resguardar a saúde coletiva, com função inclusive de estabelecimento de políticas, mais preventivas e globais, com relação a estas questões de saúde, porque é impossível falar de saúde sem falar de alimentação, educação, higiene, e dos serviços públicos de saúde. Estes são limites no que se refere à relação médico-paciente, mas que não constituem a nossa função específica. Nós estamos num momento social em que os problemas são coletivos e a gente não pode tratá-los individualmente.

Existem dois problemas da Legislação: de um lado, ela não acompanha a dinâmica. De outro, é que mesmo sendo ruim, ela não é aplicada. Além disso, é importante colocar que a Lei brasileira é feita sempre sob a ótica do dominador e nunca do dominado, que a Lei brasileira está comprometida com as elites do país e que estas elites são profundamente atrasadas. Por exemplo, o lobby dos sanitaristas no Congresso tem uma significação muito menor do que o lobby dos hospitais. As Leis caminham não no sentido do bem social, comum e público, mas no sentido do resguardo dos interesses daqueles que dominam. Os lobbies que atuam no Congresso no sentido de fazer retroceder conquistas sociais são muito fortes. Mudar uma norma não resolve. Nosso código civil, que é a base de todas as outras formas de ordenamento jurídico, está baseado no código de Napoleão, de 1810, e esse código representa a quintessência dos interesses burgueses. Nós estamos com uma legislação do século dezanove para tentar responder a demanda do século vinte e um. Mas mesmo essa legislação, não é aplicada, há não ser quando existe interesse dos dominantes. Quando os interesses são públicos, a aplicação da norma encontra com muita dificuldade.

Existe um projeto de modificação da Lei que rege o exercício da medicina no país. Esse projeto, elaborado por todos os Conselhos, está no Congresso Nacional e apresenta avanços muito grandes.

Com relação ao MERCOSUL, a situação está complicada. Existe uma série de legislações diferentes, de preços diferentes, de exigências e punições diferentes, uma série de normas da relação paciente-médico diferentes e uma série de regulamentações

hospitais diferentes. O grande medo do médico brasileiro é o de repetir o que está acontecendo entre Estados Unidos e México. Os americanos estão indo tratar seus dentes no México, porque fica mais barato pegar um avião e ir até o México para o tratamento dentário. Isto está gerando, por parte dos odontólogos americanos, uma resistência muito grande contra aquela unificação comercial. É necessário que haja, com relação a essa questão do MERCOSUL, uma unificação de regulamentação, isto depois de respeitadas as peculiaridades de cada país, para que não haja a possibilidade de um êxodo de profissionais de um país para outro. É possível, por exemplo, que um médico da Argentina venha para o Rio Grande do Sul, porque se paga melhor, ou então, que um médico daqui que esteja envolvido em algum processo ético vá para a Argentina porque lá ele estará protegido. O problema é muito complexo e é preciso que se estabeleçam padrões mínimos, uma "moeda comum" para questões como a relação médico-paciente, as punições, as demandas, a questão hospitalar, qualificações e especializações e até mesmo questões relativas à reciprocidade de honorários. Além disso, as Leis trabalhistas brasileiras são diferentes das leis trabalhistas dos outros países; os currículos também são diferentes, com estruturas educacionais diferentes, exigências de estágios e residências diferentes. Este não é um problema só médico, é problema para todas as profissões.

Dependendo da forma como for encaminhado as questões do MERCOSUL, pode acontecer uma grande migração de médicos de um lado para outro. Existe também o problema do atendimento público. Por exemplo, um brasileiro poderá ter um atendimento gratuito na Argentina?

Eu acredito que o sistema de saúde só poderá ser efetivo se houver uma efetiva fiscalização e controle por parte dos usuários. Eu vejo a necessidade da organização de formas da cidadania fiscalizar. Um primeiro ponto é o do controle, especialmente sobre a aplicação das verbas públicas da saúde. O segundo aspecto importante é que cada vez mais nós deveríamos trabalhar no sentido da promoção de médicos populares, comunitários, familiares, da possibilidade de mudanças nos currículos das Universidades, nas estruturas locais e comunitárias onde o médico trabalha. É interessante o médico de família, que está o tempo todo ligado àquela região, ele conhece sua mãe, seu pai, você, seus filhos. O terceiro ponto refere-se à necessidade de valorização da profissão. Hoje os médicos têm cinco, seis empregos para poder viver. Houve uma proletarianização. Existe ainda a necessidade de valorização de uma visão mais holística da medicina, que se trabalhe mais com o ser humano integralmente e menos com as especializações. É preciso incentivar o médico que tem um bom conhecimento técnico, uma boa qualificação, mas que não esteja preso à máquina, que não faça culto à indústria fármaco-química.

Outro aspecto que eu julgaria importante colocar aqui, é sobre a legislação hospitalar. Esta representa uma das formas mais radicais de exploração do paciente. Por exemplo, vide os preços da hotelaria hospitalar. Um bom tratamento no país é praticamente inatingível para o povo. Deve existir um trabalho legislativo para garantir, no orçamento nacional, condições mínimas para os hospitais públicos. O índice de mortalidade por infecção hospitalar é altíssimo e a falta de equipamentos é enorme.

As leis têm limites. São um problema político, dos órgãos de política. A maioria dos assessores jurídicos dos Conselhos só vão falar de Leis. Eu falo da necessidade de uma mudança de fundo. Eu acho que a grande questão está em mudar aquilo que a gente chama de paradigmas.

Fonte: entrevista com Consultor Jurídico

3.3. As demandas por regulamentação profissional na arena do sistema legislativo

11. Os quadros apresentados a seguir referem-se aos projetos de lei e à legislação federal de regulamentação profissional na área de saúde que foram encaminhados ao legislativo (Câmara e Senado Federal). Selecionamos os projetos de lei encaminhados a partir dos anos setenta e a legislação federal na matéria desde os anos cinquenta através do sistema de informação do PRODASEN.

A descrição que faremos a seguir é ainda bastante preliminar e tem apenas o sentido de ilustrar as potencialidades de uso da fonte e deste tipo de análise.

Os projetos de lei contidos no Quadro L1 expressam àquelas demandas que não resultaram (ainda) em "sucesso", ou seja, trata-se de projetos, na sua maioria arquivados, mas passíveis de reabertura. Alguns deles, poucos, encontram-se em andamento constituindo-se em parte da agenda atual do Senado Federal. Outros foram definitivamente rejeitados, vetados, prejudicados (por outros projetos afins) ou retirados pelo autor. Outros ainda, foram anexados ou incorporados em Projetos mais amplos. De qualquer forma, este conjunto expressa a demanda por regulamentação profissional que chegou ao Senado Federal nas últimas décadas.

Analisando os dados do quadro L1, relativo aos projetos de Lei, podemos observar, em primeiro lugar, uma maior densidade de projetos no período pós-Constituição Federal/1988 (63%). Os anos 70 concentram 9% dos projetos e os anos 80 (até a promulgação da Constituição) detém 28% do total.

No total dos projetos as categorias apareciam discriminadas no singular (ou seja tratava-se de uma demanda de regulação específica para uma categoria profissional) em 34 % dos casos. Nos demais casos (66%) elas apareciam agrupadas de alguma forma. 16% dos projetos de lei estiveram destinados à categoria "profissionais de saúde". Em outros casos ainda aparecia a denominação empregados em estabelecimentos de serviços de saúde; trabalhadores de estabelecimentos privados; enfermeiros e pessoal auxiliar para-médico em estabelecimentos hospitalares. Pode-se supor que estas distintas denominações sinalizam para a origem da demanda regulatória (em termos de grupos de interesse profissionais, do trabalho, empresariais, governo, etc).

A tabela 30 apresenta a distribuição dos projetos de acordo com o objeto ou área da regulamentação. Observa-se que 40% do total dos projetos têm como objeto a regulamentação do exercício profissional. A quase totalidade desses projetos, como era de se esperar, são apresentados como demanda isolada das categorias. O único projeto de regulamentação do exercício profissional com denominação genérica trata da desmonopolização da gerência dos serviços de saúde pelos médicos, assegurada através de lei dos anos 1930.

Um grande número de projetos têm por objeto a aposentadoria especial para os profissionais de saúde (18%).

É interessante observar que os anos noventa assistem o surgimento de pelo menos dois projetos novos: um projeto contra a discriminação da mulher nos mercados de trabalho e um projeto de responsabilização da má-prática ou erro profissional.

Objeto	Total	Isolado	Agrupado
Exercício Profissional	27 (40,0)	26	1
Gratuidade de Transporte	1	1	-
Insalubridade	2	-	2
Vantagem para Interiorização	4	-	4
Aposentadoria Especial	12 (18,0)	-	12
Piso Salarial	3	-	3
Mulher e Mercado de Trabalho	1	-	1
Jornada de Trabalho	4	-	4
Erro Profissional (má-prática)	1	-	1
Normas para Formação de RH	1	-	1
Serviço Social	3	-	3
Formação Graduação	2	-	2
Reserva de Mercado de Seguro	1	-	1
Pós-Formação	2	-	2
Acumulação de Cargos	3	-	3
Total	67 (100,0)	27 (40,0)	40 (60,0)

Dentre os três projetos relativos a piso salarial é importante destacar o projeto que médicos e dentistas apresentam ao legislativo. Tal projeto, uma das prioridades na agenda da Federação Nacional dos Médicos estabelece um piso salarial mínimo e jornadas de trabalho para as categorias profissionais e para os auxiliares a elas correlatos. O projeto visa a revogação da Lei de 1961 que dispõe sobre a matéria. E revela de alguma maneira aspectos da concepção legalista que cerca o movimento sindical destas categorias. É interessante notar que os três projetos de lei versando sobre a mesma matéria (pisos salariais) encaminhados ao legislativo na década de oitenta foram arquivados.

A seguir apresentamos o quadro sumário de projetos de lei que tiveram entrada no legislativo agrupando-os por período de entrada.

Projetos de Lei por Categoria, objeto e década de entrada no Legislativo:

Categoria	Anos 70	Anos 80 (Até 1988)	Anos 90 (desde 1989/pós CF)
Agente de Saúde Comunitária			. Exercício . Exercício . Exercício
Agente de Saúde Pública			. Gratuidade de Transportes . Exercício
Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Saúde		. Insalubridade	
Profissionais de Saúde		. Vantagens interiorização . Vantagens interiorização	. Mulher / MT . Aposentadoria . Acumulação de Cargos (Art. 17 DT, CONST) . Piso Salarial . Acumulação de Cargos . Atualização e Aperfeiçoamento . Aposentadoria . Jornada de Trabalho . Acumulação de Cargos . Aposentadoria . Insalubridade/Aposentadoria . Vantagens interiorização . Aposentadoria . Má-prática: indenização, responsabilidade . Normas para formação de Recursos Humanos . Serviço Civil

Empregados de Serviços de Saúde Privados			. Jornada de Trabalho
Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde		. Insalubridade . Aposentadoria Especial	
Servidor Público de Saúde			. Aposentadoria . Aposentadoria
Empregado de Hospitais	. Aposentadoria Especial	. Aposentadoria	. Aposentadoria . Aposentadoria . Aposentadoria
Histotecnologista			. Exercício . Exercício
Gerentes de Serviços de Saúde			. Revoga Competência Exclusiva dos Médicos
Farmacêutico			. Assistência Farmacêutica e . Exercício . Altera Lei dos Conselhos
Médico, Dentista e Farmacêutico		. Jornada de Trabalho e Remuneração	. Aproveitamento de Excedentes das FFAA em serviço civil no SUS (inclui veterinários)
Profissionais de Saúde Nível Superior	. Estágio dos Estudantes das duas últimas séries		. Obrigatoriedade de Ensino de Geriatria
Médico e Dentista	. Interiorização de recém-formados (estágio remunerado)	. Piso Salarial . Reserva de mercado de seguros saúde Salário	
Hemoterapeuta		. Exercício	
Técnico em Nutrição e Dietética			. Exercício
Biomédico	. Exercício e Criação de Conselhos Federal e Regionais de Biomedicina		
Profissional de Saúde Egressos de Universidades Federais	. Prestação de Serviço Civil em cidades do Interior		

Técnico de Patologia Clínica e Técnico de Histologia (NM)			. Exercício . Exercício
Contactologista			. Comércio, prescrição e adaptação de lentes
Técnico de Higiene Dental e ACD			. Exercício
Terapeuta Oriental - Medicina Alternativa		. Criação de Cursos e Exercício	
Medicina Oriental		. Exercício	
Terapeuta Naturista			. Exercício . Exercício
Técnico em Reabilitação Física			. Exercício
Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem	. Exercício		
Médico		. Residência Médica	
Massagista			. Exercício
Assistente Social		. Condições de Trabalho, Salário e Exercício	
Enfermeiro e Auxiliar de Hospitais		. Jornada de Trabalho	
Enfermeiro		. Exercício	
Acupuntura Medicina Alternativa		. Exercício . Exercício	

Fonte: PRODASEN

Finalmente, o Quadro L2, ao invés de projetos, apresenta, as leis, decretos-leis e decretos que foram aprovadas pelo legislativo ou promulgadas desde os anos cinquenta no Brasil, quer dizer, trata-se das demandas de regulamentação que obtiveram, em algum tempo, sucesso de resolução, mesmo que posteriormente revogadas.

Legislação de regulamentação profissional na área da saúde por categoria profissional e tipo segundo data de aprovação:

Categoria	Texto	Data/Tipo	Situação
Fonoaudiólogo	Regulamenta a lei de exercício.	31.05.82 (Decreto)	
Profissões Liberais	Supervisão Ministerial das entidades fiscalizadoras do exercício das profissões.	13.10.69 (Decreto Lei)	REVOGADA 24.11.86
Profissões Liberais	Reconhece a Confederação Nacional das Profissões Liberais.	27.05.54 (Decreto)	
Profissões Liberais	Exime de supervisão ministerial as agências fiscalizadoras do exercício das profissões.	21.11.86	REVOGADA 13.05.91
Profissões Liberais	. Regulamenta a lei 6994/82 sobre anuidades e taxas devidas às agências fiscalizadoras do exercício profissional. . Atualiza valores de anuidades e taxas (Químicos).	26.05.82 (Lei Ordinária) 08.03.83 (Decreto) 29.12.82 (Decreto)	REVOGADA 05.07.94 REVOGADA 13.05.91 REVOGADA 13.05.91
Profissões	Dispõe sobre o registro de empresas nas entidades fiscalizadoras do exercício profissional.	30.10.80 (Lei Ordinária)	
Profissional Liberal	Dispõe sobre o prazo prescricional para punibilidade, por falta sujeita a processo disciplinar.	26.10.80 (Lei Ordinária)	
Profissões	Dispõe sobre a fiscalização sanitária das condições de exercício das profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde.	19.01.76 (Decreto)	

Nutricionista	Regulamenta a profissão.	17.09.91 (Lei Ordinária)	
Biomédico	Regulamenta o exercício.	28.06.83 (Decreto)	
Biólogo	Regulamentação do exercício.	28.06.83 (Decreto)	
Biólogo e Biomédico	Regulamenta a Lei que dispõe sobre as profissões e cria o Conselho Federal e Regional.	08.08.80 (Decreto)	
Técnico em Prótese Dentária	Dispõe sobre a profissão.	05.11.79 (Lei Ordinária)	
Biólogo e Biomédico	Regulamenta as profissões e cria os Conselhos.	03.09.79 (Lei Ordinária)	REGULAMENTAÇÃO TOTAL EM 29.06.83
Médico, Dentista e Farmacêutico	Dispõe sobre a inscrição de militares nos Conselhos Profissionais respectivos.	16.08.79 (Lei Ordinária)	
Nutricionista	Cria Conselhos.	20-10-78 (Lei Ordinária)	
Psicólogo	Regulamenta a Lei dos Conselhos.	17.06.77 (Decreto)	
Médico Veterinário	Aprova Regulamento do exercício e dos Conselhos.	17.06.69 (Decreto)	
Farmacêutico	Cria o Conselho.	11.11.60 (Lei Ordinária)	
Medicina	Aprova o Regulamento dos Conselhos.	19.07.58 (Decreto)	
Químico	Altera artigo de Exercício Profissional.	01.05.43 (Decreto Lei)	
Nutricionista	Inclui entre os profissionais de Saúde Pública na categoria funcional dos sanitaristas.	03.09.79 (Decreto)	REVOGADA em 06.09.91
Sanitarista	Regulamenta concessão de incentivo funcional.	07.08.79 (Decreto)	REVOGADA em 06.09.91
Agente de Saúde Pública	Altera a constituição da categoria funcional.	25.09.74 (Decreto)	REVOGADA em 06.09.91

Relação das entrevistas utilizadas nos boxes do Relatório

- 1) FEDERAÇÃO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
- FENAESS.
- Dr. Braz Lamarca - Consultor Jurídico.
- 2) SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO - SINDSAÚDE.
- Ângelo D'Agostini Júnior.
- 3) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.
- Dr. Roberto R. de Aguiar - Consultor Jurídico.
- 4) CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA.
- Dr. Dirceu Abimael de Souza Lima - Consultor Jurídico.
- 5) CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA.
- Dr. Carlos Alberto de Medeiros - Consultor Jurídico.
- 6) CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS.
- Presidente do Conselho.
- 7) INSTITUTO DE ECONOMIA DO SETOR PÚBLICO - IESP/SP.
- Wilma C. S. Keller.

Bibliografia

1. Abbott, A. 1988. The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor. The University of Chicago Press. Chicago and London.
2. Bodenheimer, T. 1989. Payment mechanisms under a National Health Program. Medical Care Review 46:1 (Spring, 1989).
3. Bodenheimer, T. & Grumbach, K. 1994. Reimbursing physicians and hospitals. JAMA, v. 272, n. 12, p. 917-7, sep.
4. Braga, D. G. Sistema permanente de negociação coletiva de trabalho no Iamspe, Caderno da CUT, snt.
5. Cadernos FUNDAP. São Paulo - Ano 5 - No. 10 - p. 04-23 - Julho/1985
6. Cherchiglia, M. L. 1993. Remuneração do trabalho médico: um estudo de seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. Belo Horizonte, UFMG, Tese (Mestrado em Administração) - Centro de Pesquisa em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais.
7. Dallari, A. A. 1993. Associação sindical dos servidores públicos. In: FUNDAP. Sindicalismo no setor público paulista. São Paulo. FUNDAP, p. 83-92.
8. Faria Júnior, J. L. 1980. Ordens e Conselhos Profissionais: Profissão e Atribuições Profissionais. RT 533 - Março 1980.
9. FENAESS, 1991. Recursos Humanos em Hospitais. Hoyler Pesquisa (mimeo).
10. Girardi, S. N. 1994. Regulacion Profesional y Ocupacional: un modelo para su estudio en America Latina. PAHO/WHO, Washington, D. C. (mimeo).
11. Girardi, S.N., 1994. Apuntes para la aplicacion de un abordaje "regulacionista" al campo de los recursos humanos en salud". Revista UASB y SALUD (Universidad Andina Simon Bolivar), v. II, n. 7, abril - junio, p. 63 - 91.
12. Girardi, S. N. & Machado MH; Medici, AC, Nogueira, RP: 1992 "O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Estrutura e Conjuntura", ENSP, Textos de Apoio, Rio de Janeiro, 1992.

- 13 . Girardi, S. N. & Médici, A.C.; Nogueira, R.P.; Machado, M.H. 1991: "*Aspectos Teóricos, Conceituais e Metodológicos das Pesquisas sobre Força de Trabalho em Saúde no Brasil*", Educ. Med. Salud, Vol. 25, No. 1 (1991), pp. 1-14.
- 14 . Girardi, S. N. 1994. Pattern of utilization of health human resources in Latin America: a data bank on the regulation of the labour market. HRD Program, Pan American Health Organization/WHO, Washington, D. C. Relatório de Pesquisa.
- 15 . Gevitz, N.(editor) 1988. Others Healers: unorthodox medicine in America. The John Hopkins University Press. Baltimore and London.
- 16 . Godt, P. 1987. Confrontation, consent and corporativism: state strategies and the medical profession in France, Great Britain, and West Germany. Journal of Health Politics, Policy and Law, v. 12, n. 3, p. 459-79.
- 17 . Goudue, C. & Dussault, G. 1992. La planificación y gestión de los recursos humanos en un contexto de financiamiento público de los servicios de salud: la experiencia canadiense. Educacion Médica y Salud, v. 26, n. 4, Octubre/diciembre.
- 18 . Habermas, J. 1989. The Theory of Communicative Action: Lifeworld and System: A critique of functionalist reason. Volume Two. Beacon Press. Boston
- 19 . Hsiao W. C.& Cols. 1979. Toward developing a relative value scale for medical and surgical services. Health Care Financing Review, 1:23.
- 20 . International Labour Review, 1993. v. 132.
- 21 . Lee, P. R. & cols. 1990. Physician payment in the 1990s: factors that will shape the future. in Annu. Rev. Public Health, v.1, p. 297-318.
- 22 . Ministério do Trabalho - CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Lei No. 4.923), 1990, 1991, 1992, 1994.
- 23 . Ministério da Educação e dos Desportos - SEEC (Sistema Estatístico da Educação), Censos Educacionais dos anos 1993 e 1994.
- 24 . Ministério do Trabalho - RAIS (Relação Anual de Informações) 1991, 1992, 1993, 1994.
- 25 . Ministério do Trabalho/IEI, 1987. Mercado de Trabalho Brasileiro: Estrutura e Conjuntura. UFRJ.
- 26 . Ministério do Trabalho. Secretaria de Políticas de Emprego e Salários. 1994. CBO. Classificação Brasileira de Ocupações: Índice ampliado.
- 27 . Ministério da Saúde. 1978. Legislação Federal do Setor Saúde. Brasília, D.F.
- 28 . Nogueira, Arnaldo J. F. M. 1993. A emergência do sindicalismo no setor público. IN: FUNDAP. Sindicalismo no setor público paulista. São Paulo. FUNDAP, p. 71-78.
- 29 . OIT - Oficina Internacional del Trabajo. La Remuneracion por rendimento. Ginebra: OIT, 1985. 187p.

- 30 . Pastore, José. 1994. O contrato coletivo no Brasil. In: Flexibilização dos mercados de trabalho e contratação coletiva. São Paulo: Ltr, cap. 7, p. 187-213.
- 31 . Ramsey, M. 1988. Professional and Popular medicine in France, 1770-1830: The social world of medical practice. Cambridge University Press, Cambridge.
- 32 . Rice, T. H. 1991. Physician reform in the United States. *Yonsei Medical Journal*, v. 32 n. 2, p.101-7.
- 33 . Roemer, M. I. 1991. National health system of the world. New York: Oxford University Press.
- 34 . Santana J. P. & Girardi, S. N. 1993. Recursos Humanos em Saúde: Reptos Atuais. *Educ. Med. Salud.* v.27, n.3, p. 341-356.
- 35 . SENAC 1992. Habilitações Profissionais de Nível Médio do Setor Saúde. Rio de Janeiro, SENAC/DN/DIPLAN/CP, 232 p.
- 36 . Senado Federal, PRODASEN, Centro de Informática e Processamento de Dados do Senado Federal. Brasília, D. F.
- 37 . Siqueira Neto, J. F. 1993. Relações de trabalho no serviço público. IN: FUNDAP. Sindicalismo no setor público paulista. São Paulo: FUNDAP, p. 101-109.
- 38 . Silva, G. B. 1955. A ação federal sobre o ensino secundário e superior até 1930. *Revista do Serviço Público*, Ano XVII, Maio 1955, v. 67 n. 2.
- 39 . Soberón, G. & cols. 1989. Especialidades Médicas en Mexico: passado, presente y futuro. *Fondo de Cultura Economica*, v. 1, p.21.
- 40 . Tavares de Almeida, M. H. 1993. O significado do sindicalismo na área pública: uma visão política. In: FUNDAP. Sindicalismo no setor público paulista. São Paulo. p.93-100.
- 41 . Vianna, O. F. 1930. Problemas de Política Objetiva. Record, 1974.
- 42 . Vianna, O. F. 1952. Problemas de Organização e Problemas de Direção. Record, 1974.
43. Winkler, D. R., 1990. Higher Education in Latin America: Issues of Efficiency and Equity. World Bank Discussion Paper, Washington, D. C.
- 44 . Yemin, E. 1993. Labour relations in the public service: a comparative overview. *Int. Lab. Rev. ILO*, v. 132, no. 1, p. 469-49.