



ÍNDICE

13 de agosto	
<i>Introdução</i>	5
<i>Mesa de Abertura</i>	9
<i>Apresentação do evento</i>	16
<i>Conferência Inaugural</i>	
Conferência - A regulação do trabalho e das profissões em saúde no Brasil	18
Ana Paula Cerca	
14 de agosto	
<i>Mesa Redonda</i>	23
Experiências de regulação do trabalho e das profissões em saúde	
Ivy Lynn Bourgeault	23
O papel do Estado nas políticas reguladoras das ocupações profissionais na área da saúde	
Jean Marie Moore	27
Desafios inerentes à regulação de profissões do sistema de saúde: perspectiva americana	
Carlos Alberto Vassallo	32
O papel do Estado na regulação de políticas e profissões de saúde	
<i>Debatedores</i>	
Rogério Carvalho	37
Alexandre de Souza Ramos Florêncio	41
Ivone Evangelista Cabral	44

<i>Mesa Redonda</i>	
A regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade	75
Antonio Torres Oliveira	75
A regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade	
Maria Rosa Guimarães Loula	78
A regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade	
Luiz Roberto Liza Curi	81
A regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade	
<i>Debatedores</i>	
Carlos Rodrigues da Silva Filho	86
Maria do Socorro de Souza	91
<i>15 de agosto</i>	
<i>Mesa Redonda</i>	
<i>Desafios da regulação profissional do trabalho em saúde</i>	96
Sábado Girardi	96
A regulação das profissões de saúde no Brasil: dilemas e diretrizes para uma reforma	
Jean Marie Moore	102
Os esforços para melhorar a regulação das profissões de saúde em Nova York	
Luiz Odorico Monteiro de Andrade	106
Desafios da regulação profissional do trabalho em saúde	
Mozart Júlio Tabosa Sales	113
Desafios da regulação profissional do trabalho em saúde	

<i>Debatedores</i>	
Manoel Messias Nascimento Melo	118
Célia Regina Pierantoni	120
Mesa de Encerramento	122
Grupos de Trabalho	
<i>Experiências de regulação do trabalho e das profissões em saúde</i>	126
<i>A regulação do exercício profissional de migrantes e processos de integração regional</i>	127
<i>A regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade</i>	129
<i>Desafios da regulação profissional do trabalho em saúde</i>	132
Glossário	134

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE REGULAÇÃO DO TRABALHO E DAS PROFISSOES EM SAUDE

Introdução

O Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, realizado em Brasília/DF, no período de 13 a 15 de agosto de 2013, foi promovido pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Com o objetivo de construir uma agenda positiva, capaz de atender às necessidades do SUS, o seminário promoveu o intercâmbio de experiências na área da regulação do trabalho em saúde entre o Brasil e outros países, como Canadá, Estados Unidos, Itália, Argentina e Espanha.

A Mesa de Abertura foi composta por Ana Paula Cerca - Diretora do DEGERTS, representando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); por Sandra Liliane Gomes Basques, representando o Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela e a Presidência Pro tempore do Mercosul; por Rita Cataneli, representando o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS); por Félix Rigoli, representando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e por Maria do Socorro de Sousa, representando o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Miraci Mendes Astun, Coordenadora Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, apresentou o processo de construção e a programação do seminário.

No primeiro dia do evento, Ana Paula Cerca – proferiu a Conferência Inaugural, *A regulação do trabalho e das profissões em saúde no Brasil*, comentada, posteriormente, por Félix Rigoli - Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Durante o seminário, foram realizadas quatro mesas redondas, que possibilitaram a realização de uma reflexão coletiva a partir de um conjunto de questões apresentadas pelos expositores.

A primeira mesa, intitulada *As experiências de regulação do trabalho e das profissões de saúde*, coordenada por Miraci Mendes da Silva Astun, contou com a participação de Ivy Bourgeault, professora da Universidade de Ottawa e diretora científica da Rede de Pesquisas sobre Recursos Humanos em Saúde de Ontário (Canadá), que expôs conteúdo intitulado, *Papel do Estado nas Políticas Reguladoras das Ocupações Profissionais na Área da Saúde*; com Jean Moore, professora do Centro de Estudos da Força de Trabalho em Saúde - Escola de Saúde Pública da Universidade do Estado de Nova Iorque em Albany (EUA), que apresentou conteúdo intitulado, *Desafios Inerentes à Regulação de Profissões do Sistema de Saúde: Perspectiva Americana*; e, com Carlos Vassallo, professor da Universidade de Bolonha/Itália – sede Buenos Aires, que expôs conteúdo intitulado, *O Papel do Estado na Regulação de Políticas e Profissões de Saúde*. Rogério Carvalho, deputado federal relator da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF); Alexandre Florêncio, diretor adjunto do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e Ivone Evangelista Cabral, conselheira do CNS foram os debatedores.

A segunda mesa, coordenada por Félix Rigoli, tratou do tema *A regulação do exercício profissional de migrantes e processos de integração regional*. Maria Isabel Duré, diretora nacional da Direção Nacional de Recursos Humanos e Saúde Ocupacional do Ministério da Saúde da Nação Argentina, iniciou os trabalhos. Antonio Torres Oliveira, diretor da agência para a Qualidade de Saúde da Andaluzia/Espanha apresentou conteúdo intitulado, *Experiência do Sistema de Saúde de Andaluzia com a Gestão por Competências*; e Carlos Vassallo expôs conteúdo intitulado, *A Regulação das Práticas Profissionais de Imigrantes e dos Processos de Integração Regional*. Ivy Lynn Bourgeault deu continuidade às atividades da mesa com a exposição nomeada *A migração profissional e o processo de integração*.

A terceira mesa, *A regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade*, foi coordenada por Célia Regina Pierantoni, professora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de

Janeiro e diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde. Participaram como apresentadores, Antonio Torres Oliveira, Maria Rosa Guimarães Loula - diretora de regulação da Educação Superior da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (MEC) e Luiz Roberto Liza Curi, representante da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC). Atuaram, como debatedores, Maria do Socorro de Souza, presidenta do CNS e Carlos Rodrigues da Silva Filho, professor da Faculdade de Medicina de Marília (SP).

A quarta mesa, *Desafios da regulação profissional do trabalho em saúde*, coordenada por Maria Alice Barbosa Fortunato (SGTES/MS), contou com a exposição, por Sábado Girardi, - pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON-UFMG) e coordenador da Estação de Pesquisa de Mercado de Trabalho - Observatório de Recursos Humanos em Saúde - do tema, *A Regulação das Profissões de Saúde no Brasil: dilemas e diretrizes para uma reforma*; por Jean Marie Moore, do tema *Os Esforços para Melhorar a Regulação das Profissões de Saúde em Nova York*; e, Luiz Odorico Monteiro de Andrade - secretário de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) finalizou as apresentações desta mesa. Participaram como debatedores, Manoel Messias, secretário de Relações do Trabalho (MTE) e Célia Regina Pierantoni.

No ultimo dia do evento, os participantes se dividiram em grupos de trabalho que discutiram os seguintes temas: experiências de regulação do trabalho e das profissões em saúde, a regulação do exercício profissional de migrantes e processos de integração regional, a regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade e desafios da regulação profissional do trabalho em saúde. A partir de perguntas norteadoras, realizaram reflexões e apresentaram, na plenária final, a sistematização do trabalho de cada grupo.

A mesa de encerramento, conduzida por Ana Paula Cerca, por Félix Rigoli e por Miraci Mendes da Silva Astun, destacou a importância da realização do evento e da troca de experiências realizada durante o seminário.

Participaram do evento, convidados internacionais, representantes do conjunto de gestores do Ministério da Saúde (MS), entidades representativas de gestores do SUS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), representantes da OPAS, membros do Conselho Nacional de Saúde (CNS), docentes e pesquisadores de distintas organizações acadêmicas, pesquisadores e especialistas da área de saúde oriundos de instituições de ensino e de serviços.

O seminário propiciou, aos participantes, a oportunidade de conhecer modelos e experiências na área da regulação, desenvolvidos em vários países, bem como o intercâmbio de experiências entre gestores e estudiosos do tema.

MESA DE ABERTURA

Ana Paula Cerca

*Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde -
DEGERTS/MS/Brasil*

O planejamento deste seminário teve início em 2011. Sua realização acontece em um momento importante para a sociedade brasileira, uma vez que ela vivencia um processo propício ao debate de questões fundamentais, relacionadas à necessidade de criação de novas profissões no campo da saúde, aos vazios assistenciais e à capacidade de identificar e de constituir uma demografia adequada sobre as profissões de saúde como um todo.

Há 25 anos, em 1988, ao instituir uma nova Constituição Federal (CF), o Brasil assumiu o desafio de construir um sistema de saúde público, universal e gratuito, capaz de atender a todos os seus cidadãos. Hoje, o sistema possui, aproximadamente, 100 milhões de habitantes SUS dependentes, que buscam um leque variado de serviços, contemplados por ações que abarcam desde a vacinação até o transplante. Trata-se de um sistema complexo, descentralizado, no qual União, estados e municípios são responsáveis por garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Apesar da trajetória histórica, dos seus vinte e cinco anos de construção e de consolidação, o sistema de saúde, nos dias de hoje, é permeado por inúmeros desafios, tais como, a estruturação das redes de atenção à saúde; a garantia de provimento e, sobretudo, de fixação dos profissionais de saúde, não somente em regiões carentes, remotas e de difícil acesso, mas também em periferias de grandes centros urbanos; a regionalização do sistema, a fim de garantir um arranjo interfederativo entre os entes, capaz de propiciar, aos profissionais de saúde, não somente o avanço em direção ao compartilhamento regional de obrigações, mas também, capaz de garantir-lhes benefícios comuns, tais como carreiras profissionais ou melhores condições de trabalho.

No contexto histórico, em 2003, a criação da Secretaria de Gestão, do Trabalho e Educação na Saúde, colocou em pauta o delineamento e a reformulação de políticas, propostas e alternativas voltadas à questão dos recursos humanos da área de saúde, temática que vem sendo aprofundada ao longo dessa última década. Paralelamente, nesse período, foi implantado, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, cuja tarefa primordial é, articulado a estados e municípios, garantir o planejamento, o levantamento do quadro de profissionais, assim como, a formulação de políticas direcionadas à melhoria das condições de trabalho e à carreira profissional, tarefas ainda incompletas, apesar dos 25 anos de criação do sistema e da década de criação da Secretaria do Trabalho.

Ainda no ano de 2003, foi instituído um espaço de diálogo e de negociação, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, na qual, a fim de pactuar diretrizes nacionais relacionadas às relações do trabalho, gestores dos setores público e privado, representantes das entidades sindicais de trabalhadores e o governo, representado, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) - e pelo Ministério MS, compartilham um mesmo ambiente, um mesmo espaço de negociação. Desde então, em uma década ininterrupta de atividades, vários resultados foram alcançados como o delineamento de protocolos sobre carreira, desprecarização do trabalho e saúde do trabalhador. Apesar dos excelentes protocolos construídos, observa-se a necessidade do aprofundamento de pautas específicas tais como dimensionamento da força de trabalho e avaliação de desempenho.

O campo da regulação, por sua vez, é marcado por uma diversidade de demandas, entre as quais se destacam, pelo movimento crescente, as voltadas à criação e à regulamentação de novas profissões de saúde; demandas que nem sempre condizem às necessidades do sistema de saúde, por sofrerem influência de aspectos relacionados aos interesses do mercado, interesses corporativos, os quais

fazem surgir um escopo de práticas restrito, incoerente às mudanças atuais do perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado pelo envelhecimento da população.

Por fim, é importante destacar que, em novembro de 2013, na cidade de Recife (PE), será promovido o Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, quando será abordada, como uma das temáticas principais, a regulação do trabalho. Pretende-se, portanto, que no evento que ora se inicia, pelo compartilhamento formal e informal de conhecimentos e experiências, sejam elaboradas e pactuadas propostas a serem debatidas no fórum global. Esperamos, assim, que esse evento seja bastante produtivo.

Sandra Liliane Gomes Basques

*Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela
Presidência Pro tempore do MERCOSUL*

Agradeço, em nome da Ministra da Saúde, o convite para compartilhar experiências, bem como para debruçar sob a busca de propostas, além daquelas já levantadas pelos grupos de trabalho do MERCOSUL e da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), relacionadas à regulação das profissões no campo da saúde, uma problemática comum a todos os países da América Latina. Esperamos que o trabalho a ser desenvolvido nesse evento resulte em propostas comuns, capazes de gerar benefícios aos sistemas de saúde de cada um dos países irmãos. As propostas aqui levantadas serão levadas à Ministra da Saúde da Venezuela, que se compromete a despende esforços em direção ao estabelecimento de mecanismos capazes de articular e de apoiar a implantação das propostas de acordo com as características e limitação de cada país irmão.

Parabenizo a iniciativa, dando boas vindas a todos, agradecendo o país anfitrião por essa iniciativa.

Rita Cataneli

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Em nome do presidente do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Dr. Wilson Alecrim, gostaria de parabenizar o Ministério da Saúde pela iniciativa de promover, no momento atual, um espaço de debate sobre regulação das profissões de saúde.

Observamos que, apesar do sistema de saúde brasileiro possuir gestão tripartite, os gestores estaduais e, provavelmente também os gestores municipais, estão apartados dos processos de discussão sobre esse tema. Na realidade, o isolamento atual reflete a prática de regulação que vem sendo empregada no país ao longo desses anos, uma prática que faz com que aqueles que prestam os serviços de saúde aos cidadãos, os estados e os municípios, sofram as consequências da não regulamentação. Por isso, promover o debate sobre esse tema, à luz de experiências bem sucedidas de regulação adotadas por outros países, é de extrema importância.

Acreditamos que a gestão do trabalho e a gestão de pessoas para o SUS, assim como questões atreladas ao financiamento do sistema, são um dos grandes desafios para fazer com que o princípio da universalidade do sistema de saúde se consolide no país.

Félix Rigoli

Organização Pan Americana de Saúde - OPAS

Fazer parte de iniciativas voltadas ao aperfeiçoamento de políticas relacionadas a áreas-chaves para a melhoria da saúde pública é uma experiência honrosa. Atualmente, nomenclaturas distintas são empregadas para delimitar

políticas voltadas aos profissionais de saúde: política de recursos humanos, de talento humano, de capital humano, de capacidades humana, de gestão do trabalho. Apesar da variedade de designações, todas as políticas compartilham o princípio de que um sistema de saúde só torna-se efetivo, quando as pessoas que nele trabalham sabem o que devem fazer e estão no lugar onde devem estar. Um sistema de saúde não funciona com investimentos ou máquinas, mas sim com pessoas que compartilham objetivos alinhados às necessidades da população do país. O alcance de um sistema de gestão que propicie esse compartilhamento é um dos maiores desafios enfrentado pela pelo mundo inteiro.

Durante muito tempo, as práticas de gestão de profissionais foram constituídas por processos inerentes à administração de pessoal, caracterizados pela priorização dos aspectos formais, normativos, como controle de frequência, procedimentos padrão de contratação ou demissão.

Gradualmente, nos últimos vinte, trinta anos, a ideia de que a gestão de pessoas implica na adoção de outro tipo de habilidade, tanto pelo Estado como pelas próprias organizações de profissionais. As concepções quanto à regulação do trabalho, neste período, passa a ser permeada pela visão de que qualquer ação de regulação deve contemplar o Estado, as organizações de profissionais e as necessidades e interesses da população diretamente envolvida com o serviço de saúde, permitindo emergir sistemas, nos quais a prestação dos serviços torne-se mais efetiva.

Essa concepção não é desenvolvida por um processo linear. Tal fato sinaliza que a proposta de regulação extrapola regulamentos, portarias e normas. É uma atividade contínua, que envolve processos de negociação, de discussão das condições de trabalho, de estruturação de carreiras sob uma perspectiva

longitudinal, dentre inúmeros outros processos que devem estar incluídos nos debates sobre regulação.

Para tanto, compartilhar experiências com outros países é fundamental, pois não existe uma doutrina ou um regulamento que funcione como um antibiótico capaz de solucionar questões relacionadas à gestão de pessoas. Há experiências exitosas, inovações que funcionaram e que não funcionaram que devem ser conhecidas. Por isso, esse evento tenta resgatar o que já foi vivenciado por países americanos, a fim de proporcionar subsídios ao surgimento de frutos, de novos formatos no campo da regulação.

A ideia de regulação do trabalho deve ser considerada quase como uma invenção brasileira. Desde os anos 90, a OPAS tenta enfocar o tema em sua totalidade, dimensionando questões que dizem respeito à condição de trabalho, à negociação coletiva, às carreiras profissionais, aos incentivos a prática profissional, inclusive em locais distantes, entre outros. Nesta linha de atuação, preconiza que a regulação deve ser concebida como um sistema complexo, que não se resume em uma lei ou portaria, mas que contempla um conjunto de aspectos dinâmicos, que se modificam e evoluem ao longo do tempo, e que devem estar associada à gestão do trabalho e a outras áreas do conhecimento.

Maria do Socorro de Sousa

Conselho Nacional de Saúde - CNS

O Conselho Nacional de Saúde é uma instância de controle social das políticas de saúde do Brasil, provavelmente, um mecanismo de participação democrática direta da sociedade no setor saúde não existente em outros países. Esse evento acontece em um momento muito desafiador, não apenas para o Brasil, mas para o mundo, que enfrenta crises econômicas e vivencia muitas mobilizações políticas. Promover um processo de discussão sobre a regulação das profissões de

saúde, com a participação de diferentes países, nesse contexto de crise econômica e efervescência popular, sinaliza o compromisso com o sistema nacional de saúde, um sistema universal, permeado por grandes desafios.

A discussão do papel do Estado na atividade de regulação deve ser analisada sob um olhar crítico, pelo qual se vislumbre não apenas a complexidade e as transformações do mundo, mas também as mudanças existentes no mundo do trabalho e nas relações sociais. Um olhar que exige uma interpretação acurada das mudanças sociais. Pensar regulação, pensar as profissões de saúde, pensar o papel do Estado, pensar o papel da sociedade exige um grande compartilhamento de experiências, como será realizado neste evento. A diversidade de sujeitos políticos, presentes nesse evento, possibilita o florescer de uma abordagem crítica em prol da construção de relações sociais e de trabalho, na perspectiva do mundo que se quer construir. O setor saúde é um campo ímpar para o desenvolvimento dessa abordagem, pois todas as benéncias e mazelas do país se fazem nele presentes.

Nos vinte e cinco anos de existência do SUS, o Brasil, apesar de realizar opções políticas importantes e necessárias ao país, o fez sem seguir alguns caminhos importantes, como aquele relacionado à formação, à alocação de profissionais, à regulação das profissões de saúde, caminho que possibilitaria, ao profissional de saúde, construir uma carreira sólida no sistema de saúde, ou o caminho inerente ao financiamento do setor. Atualmente, o Brasil carrega essas duas grandes bandeiras, ambas sendo trilhadas, mediante grande investimento, em uma mesma velocidade. O CNS acredita que esses dois caminhos deve ser alavancado, pois não há mais tempo político para tomar novos riscos, realizar novas experiências ou alternativas sem sustentabilidade efetiva. Os vinte e cinco anos que se passaram estão levando o SUS ao desgaste, ao descrédito. Hoje, a oportunidade política é ímpar, para a construção de caminhos e de respostas direcionadas a essas duas bandeiras.

Apresentação do Evento

Miraci Mendes da Silva Astun

Coordenadora Geral de Negociação e Trabalho em Saúde

A ideia desse seminário surgiu em 2011, quando se deu início à classificação dos inúmeros projetos de lei, propostos pela Câmara dos Deputados ou pelo Senado Federal, relacionados à criação de profissões de saúde, ao estabelecimento de piso salarial, ou à determinação de ajustes na jornada de trabalho dos profissionais de saúde, temas pertinentes à intervenção do Poder Executivo, mas que estavam sendo abordados pelo Poder Legislativo. A análise dos projetos de lei revelou que muitos deles não atenderiam às necessidades do sistema único de saúde ou às demandas da população brasileira. Os resultados obtidos sinalizaram ser de fundamental importância iniciar um amplo debate sobre a regulação profissional e sobre os parâmetros a serem adotados para a criação de novas profissões.

O seminário que hoje se inicia deveria, portanto, ter ocorrido logo após o término da análise dos projetos de lei, ou seja, em 2012. A necessidade de aprofundar o debate, iniciado à época, sobre o tema, assim como de aperfeiçoar o planejamento do evento, fez com que o seminário não se realizasse naquele ano. Daquele período aos dias de hoje, o tema foi amplamente debatido em oficinas, como a realizada com a participação do Dr. Francisco Campos, cuja contribuição agregou grande valor ao planejamento do evento, assim como em inúmeros momentos promovidos pela SGTES. Fruto de todo esse processo, esse seminário conta com a participação de onze países, condição que propiciará compartilhamento de experiências brasileiras e internacionais. A escolha dos oradores revelou que o país possui um grande número de profissionais de altíssima qualificação em assuntos relacionados ao tema do evento. Como era impossível delimitar períodos de oratória a todos eles, o seminário foi estruturado não apenas com exposições orais, mesas

redondas, mas também, com momentos de compartilhamento de experiências, para os quais se prevê a participação destes profissionais. Esperamos que o produto desse seminário dê início a mudanças capazes de suscitar o aperfeiçoamento do sistema único de saúde, tornando-o ainda mais eficaz no atendimento da população brasileira. Esperamos que cada momento seja aproveitado ao máximo, para que assim, possam-se delinear propostas capazes de levar o Estado a assumir o papel, o qual nunca deveria ter deixado de fazê-lo, de cuidador das profissões e dos trabalhadores brasileiros.

O objetivo primordial desse seminário é, portanto, o de ouvir experiências e, a partir delas, traçar caminhos possíveis para que a população brasileira seja melhor atendida pelo sistema de saúde brasileiro. Sabemos que o momento conflitante pelo qual o Estado brasileiro passa nesse momento resulta, em parte, da falta de regulação das profissões. Apesar dos temas desse evento terem sido propostos em 2011, todos eles mostram-se bem atuais, fato que vem reforçar a ideia de que a regulação não é uma medida provisória ou uma portaria. Trata-se de um tema cíclico, que se renova a todo instante. É necessário, assim, debatê-lo profundamente, para que se consiga alcançar resultados que promovam o atendimento das necessidades da população brasileira.

Conferência Inaugural

A regulação do trabalho e das profissões em saúde no Brasil

Ana Paula Cerca

*Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde -
DEGERTS/MS/Brasil*

O Brasil vive, nos dias de hoje, um momento particular. A população brasileira realiza uma série de manifestações populares, em todo território nacional, clamando por melhorias do serviço de saúde do país. O Ministério da Saúde, ou melhor, o governo brasileiro defronta-se com esse contexto, que lhe impõe, entre outras coisas, a necessidade de ajustar o aparelho formador, a fim de torná-lo capaz de garantir, em curto prazo, um aumento significativo do número de médicos capacitados a atender à população brasileira. Paralelamente, o país adapta-se à abertura de suas fronteiras à imigração de médicos estrangeiros, por meio do Programa Mais Médicos, uma medida temporária, mas absolutamente necessária para suprir a deficiência de profissionais de saúde hoje existente no país. O Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde acontece inserido nesse contexto.

O sistema de saúde brasileiro, se analisada a proporção entre o número de profissionais capacitados e a demanda do mercado de trabalho, é marcado pelo descompasso entre excedente e escassez de mão de obra. Há profissões, como a da enfermagem, cujo número de profissionais capacitados supera significativamente a demanda existente no mercado de trabalho. Por outro lado, existem profissões com forte escassez de mão de obra, como a de médico, na qual, para cada médico graduado, há uma vaga e meia, disponível no mercado de trabalho.

No modelo brasileiro, a autorização legal de direitos exclusivos de prática, ocorre por meio de atos privativos dos conselhos profissionais. Tal característica faz com que a demanda relacionada à regulamentação de determinadas profissões e ocupações seja elevada. Geralmente, as demandas dizem respeito à modificação dos domínios de prática, à expansão da jurisdição ou à consolidação de atos exclusivos. Basicamente, as demandas buscam tornar o direito à prática exclusivo, ou quase exclusivo a uma profissão, ou buscam fazer com que determinada profissão receba o reconhecimento da sociedade.

Os conselhos profissionais foram criados, no Brasil, com a função de regular as profissões. Os textos constitucionais brasileiros de 1937 e 1967 atribuíram-lhes poderes próprios para fiscalizar e regular as profissões. Por sua vez, o texto constitucional de 1988, no artigo 22, estabeleceu, à União, a competência privativa de legislar sobre a organização do sistema nacional de profissões e sobre as condições para o exercício profissional. Em 1998, a Lei nº 9.649, artigo 58, afirmou que: “Os serviços de fiscalização de profissões regulamentadas serão exercidos em caráter privado, por delegação do poder público, mediante autorização legislativa”. Sob aparato legal, os conselhos profissionais possuem poder de regulação e de fiscalização.

Atualmente, os conselhos profissionais são autarquias federais especiais. Como tal, fazem parte do Estado brasileiro. Possuem, como missão principal, garantir a proteção do público e a integridade das profissões. Atuam no registro e na concessão de autorizações para o exercício da prática profissional, assim como em ações que envolvam questões éticas, de controle, disciplina, julgamento e de fiscalização.

Hoje em dia, existem no Brasil, na área da saúde, 21(vinte e uma) profissões regulamentadas, sendo 14 (quatorze) delas de nível superior e 7 (sete) de nível

técnico, essas supervisionadas por profissões de nível superior. Todas as profissões são reguladas por 14 conselhos, 13 deles, conselhos profissionais de nível superior, e apenas um deles, conselho profissional de nível técnico - Conselho Federal de Técnicos em Radiologia. Os conselhos profissionais de enfermagem, odontologia, farmácia e nutrição, de acordo com a área de formação, supervisionam ocupações de nível médio: técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em análises clínicas, técnico em prótese dentária, técnico em saúde bucal, e auxiliar de saúde bucal. Por sua vez, os conselhos de medicina, psicologia, serviço social, educação física, veterinária, fisioterapia e terapia ocupacional, biologia, fonoaudiologia, e biomedicina não possuem qualquer ocupação a eles subordinada.

Em relação às demandas os requerimentos de expansão da jurisdição são diversos e abrangem diferentes perspectivas, como a criação de cursos técnicos ou de nível superior, o controle do fluxo no mercado de trabalho por meio da inserção do profissional no mercado de trabalho, a delimitação do escopo de sua prática profissional etc. Demandas são dirigidas a diferentes atores, como a autoridades educacionais, a fim de controlar o fluxo de entrada no mercado profissional. Sobre gestores dos serviços de saúde, com a prerrogativa de estabelecer seus direitos de definirem as normas da prática, um mix de habilidades e competências compartilhadas, organização das linhas hierárquicas do trabalho, etc. Ações também são direcionadas sobre políticos e autoridades para estabelecer o direito de participar da definição das políticas de saúde. Também existem pleitos das profissões de saúde antagônicas, a fim de expandir seus direitos exclusivos de propriedade, restringindo a competência de suas práticas sobre a área disputada. Há também disputas corporativas entre os conselhos, no tocante a definição sobre o escopo de suas práticas profissionais.

Levantamento do quantitativo de projetos de lei vinculados a profissões de saúde, em tramitação no Congresso Nacional, revelou que, desde 1999 foram

apresentados 244 (duzentos e quarenta e quatro) projetos. Desses, 130 (cento e trinta) contemplavam como temática a regulamentação do exercício profissional, sendo que, 43 (quarenta e três) deles tratavam da regulamentação de uma profissão que, uma vez efetivada, se conflitaria com outra profissão já regulamentada.

Diante desse quadro, é certo que, nesse momento, é necessário aperfeiçoar o sistema de regulação adotado no país, pautando-se, fundamentalmente, na sua adequação ao perfil epidemiológico do Brasil. O Ministério da Saúde vem atuando nesse campo apenas de maneira reativa, elaborando pareceres aos projetos de lei. Avalia as solicitações sem, no entanto, fomentar novas demandas à luz das necessidades concretas e do contexto multiprofissional do SUS.

Atualmente, gestores dos serviços de saúde reivindicam um sistema mais flexível, que lhes permita combinar adequadamente habilidades e competências multiprofissionais. Essa mesma reivindicação é apontada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como por órgãos colegiados, tais como, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Além disso, diferentes desafios impõem-se ao sistema regulatório. A redemocratização do país permitiu o surgimento de novos grupos ocupacionais e, com eles, reivindicações relacionadas à igualdade de tratamento e à equidade profissional. Os avanços tecnológicos e informacionais requerem, cada vez mais, o desenvolvimento do trabalho sob a ótica da inter e da multidisciplinariedade. Os avanços clínicos e farmacológicos, o fortalecimento do controle social, as exigências de transparência profissional pelos usuários do sistema de saúde, e o desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados de saúde, como o da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja configuração exige a partilha de escopos de prática, ou o da medicina alternativa e complementar são alguns exemplos.

Frente a esse contexto, materializa-se a necessidade de se implantar mecanismos de coordenação do sistema de regulação, bem como de se estabelecer, a partir de ações que articulem os três poderes do Estado: executivo, legislativo e judiciário, uma política de governo dirigida à regulação das profissões.

As demandas atuais e futuras de regulamentação de profissões devem ser consideradas à luz dos princípios da eficiência, da equidade, da viabilidade e da responsabilidade, e à luz do equilíbrio entre o interesse público e o das categorias profissionais.

Discutir recursos humanos em saúde, regulação e melhoria das condições de trabalho implica necessariamente buscar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Alguns países deram passos importantes no aperfeiçoamento dos seus sistemas de regulação. Estratégias adotadas por eles, tais como, revisão da estrutura legal, revisão das formas institucionais e das estruturas de regulamentação profissional, revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que agora lutam por reconhecimento, e avaliação do modelo de auto-regulação poderiam ser adaptados à realidade brasileira.

Neste evento, propomo-nos a debruçar sobre o tema, para discutir a possibilidade da construção de um novo sistema de regulação, de um modelo diferente do atualmente existente no país.

MESA REDONDA

EXPERIÊNCIAS DE REGULAÇÃO DO TRABALHO E DAS PROFISSÕES EM SAÚDE

**Coordenação: Miraci Mendes da Silva Astun - Coordenadora Geral
da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde
(DEGERTS/SGTES/MS)**

O PAPEL DO ESTADO NAS POLÍTICAS REGULADORAS DAS OCUPAÇÕES PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

Ivy Lynn Bourgeault

Instituto de Saúde da População

O Canadá possuiu um contexto de regulação muito diferente do modelo brasileiro. Enquanto no Brasil, uma mesma regulação contempla a federação como um todo, no Canadá ela realiza-se a nível territorial, em cada província, situação que faz emergir aproximadamente treze modelos distintos de regulação para cada profissão. O texto a seguir descreve o modelo adotado pela província de Ontário considerado, nos dias de hoje, como o mais avançado do país, um modelo que vem sendo implantado por outras províncias canadenses.

A abordagem tradicional de regulação, ainda adotada no Canadá por algumas províncias, constitui-se de estatutos distintos, cada qual abrangendo uma profissão de saúde específica. Cada estatuto delimita escopos de prática, muitos deles exclusivos a uma determinada categoria profissional, fato que impede

profissionais não pertencentes à categoria regulada de prestar os serviços descritos no estatuto.

O modelo de regulação adotado na província de Ontário emprega um único corpo legal para regulamentar todas as profissões de saúde da província. Conhecido como “legislação guarda-chuva”, esse modelo pressupõe a promulgação de uma lei abrangente que fornece um quadro regulamentar uniforme para todas as profissões, mais fluído e flexível, associado a regulamentos específicos que estabelecem normas para uma determinada profissão, inerentes às características dela.

A província de Ontário iniciou seus trabalhos em direção à construção do novo modelo de regulação em 1983, pela revisão das profissões até então regulamentadas, com o propósito de identificar lacunas e falhas na regulação. Especialistas em regulação, em políticas públicas e em direito, nenhum deles com formação na área de saúde, estabeleceram critérios de análise para determinar quais as profissões seriam inseridas no pacote de profissões de saúde, a ser submetido ao poder legislativo local.

Esses critérios compreendiam respostas às seguintes questões:

- Trata-se de uma profissão de saúde?
- As condutas profissionais podem acarretar risco à vida ou podem trazer malefícios aos cidadãos?
- A profissão tem arcabouço teórico capaz de constituir um núcleo normativo à prática profissional?

- A profissão atende aos interesses públicos ou apenas aos interesses de determinada categoria profissional?
- A profissão suporta uma regulamentação?
- Existe um número suficiente de membros para arcar com os custos inerentes a auto-regulação?

Em dezembro de 1993, estabeleceu uma “legislação guarda-chuva” para a área de saúde, denominando-a de *The Regulated Health Professions Act (RHPA)*. Essa legislação abrange 23 profissões e estabelece princípios comuns, diretamente relacionados aos interesses públicos, a serem seguidos por todas as profissões. Emprega como núcleos temáticos para delimitação dos princípios comuns, os seguintes temas: proteção contra danos; acessibilidade; prestação de contas; equidade; qualidade dos cuidados; igualdade.

O modelo implantado desde então, ao proporcionar flexibilidade na divisão do trabalho de saúde, adota como fio condutor, não mais a profissão, sua auto-regulação ou o monopólio imposto pelas categorias profissionais, mas sim o interesse público; não mais o escopo rígido de práticas, mas sim atos profissionais controlados, ou, como conhecidos em outros países, atos restritos ou atos licenciados. Os atos controlados, descritos de maneira ampla e generalizada, são ações, não executáveis pelo público em geral e não relacionadas a conhecimentos ou a habilidades específicas, que possibilitam uma prática profissional efetiva, flexível e responsiva. Os atos controlados são realizados, exclusivamente, por profissionais legalmente autorizados a executá-los, ou por outros profissionais, mediante delegação, proveniente de alguém legalmente autorizado a executar o ato, da competência de execução. São exemplos de atos controláveis: comunicar diagnóstico, realizar procedimentos em tecidos abaixo da derme, abaixo da superfície de uma membrana mucosa, ou abaixo da superfície da córnea, ou no interior ou por baixo da superfície dos dentes; mover articulações da coluna

vertebral além de faixa fisiológica normal; especificar fraturas ósseas; administrar substâncias por injeção ou inalação; prescrever, dispensar, manipular ou vender fármacos. Há a previsão de atos controlados específicos por profissão.

Os conselhos profissionais, denominados colégios, órgãos sociais das profissões liberais, atendendo ao modelo de regulação, agem, obrigatoriamente conforme o interesse público. São responsáveis por qualificar profissionais ao exercício prático; por desenvolver e acompanhar normas e diretrizes relacionadas a conhecimentos e habilidades profissionais, pelas questões éticas e pela educação continuada de todos os profissionais. Devem ter em sua composição, representantes da sociedade civil, que não sejam profissionais da área de saúde - no mínimo 40% e, no máximo, 50%. Com reuniões e audiências obrigatoriamente abertas, recebem reclamações e denúncias públicas, inclusive sobre questões disciplinares.

Uma vez que a regulação das profissões é um processo dinâmico, em constante transformação, foi instituído um Comitê Consultivo de Regulamentação – HPRAC, com o objetivo de prestar assessoria ao Ministro da Saúde em questões relacionadas à regulamentação das profissões de saúde, como alterações nos atos controlados ou profissões que devem ou não ser regulamentadas. Composto por membros nomeados, nenhum deles profissional de saúde, o conselho realiza análises políticas de assuntos relacionados à regulação, entre outros.

Como exemplos de ações praticadas sob a ótica do modelo descrito, pode-se destacar a lei 171 de 2007, que trata da melhoria e da modernização do sistema de regulação das profissões de saúde de Ontário, da promulgação de novas profissões, naturopatia, homeopatia, cinesiologia e psicoterapia, da extensão do título de psicoterapeuta a quatro profissões regulamentadas, e da expansão dos papéis profissionais de alguns trabalhadores da saúde e de técnicos de farmácia.

A lei 179, de 2009, pode ser considerada outro exemplo importante, esse instrumento regulatório expandiu o leque da prática profissional de uma série de profissões de saúde regulamentadas, otimizando o uso de conhecimentos e habilidades já existentes, assim como a capacidade de julgamento; e obrigou os colégios profissionais a preconizarem a colaboração com os demais profissionais como atitude a ser adotada durante o exercício profissional, assim como estabelecerem a ação interdisciplinar como quesito de garantia de qualidade ao serviço prestado.

O modelo adotado pela província de Ontário, com escopos não-exclusivos de prática profissional, proporciona incentivo e meios para atuação interdisciplinar. Argumenta-se que os marcos regulatórios e os padrões culturais influenciam a atitude prática, são eles "um dos determinantes da mudança para uma cultura de regulação interprofissional." Barreiras regulatórias "são frequentemente citados como inibidores" à adoção de um novo modelo. Por sua vez, apenas alterações dos instrumentos legais são incapazes de transformar as hierarquias tradicionais e os silos de prática de cuidados de saúde. Os velhos estatutos, ainda presentes em muitos modelos de regulação, trabalham contra a adoção de uma abordagem mais moderna, mais flexível. É preciso vencer tais desafios.

DESAFIOS INERENTES À REGULAÇÃO DE PROFISSÕES DO SISTEMA DE SAÚDE: PERSPECTIVA AMERICANA

Jean Moore

*Centro de Estudos da Força de Trabalho em Saúde
Escola de Saúde Pública, SUNY -Albany*

Os processos de regulação das profissões de saúde nos EUA ocorrem descentralizadamente. Cada estado americano é o principal responsável pela regulação das profissões em seu território. Compete-lhes uma variedade de ações, como determinar as características dos programas de qualificação e treinamento; especificar os pré-requisitos para o licenciamento dos profissionais; estabelecer a dinâmica do modelo de supervisão da prática cotidiana; definir os parâmetros legais do escopo profissional, entre outras competências.

Atualmente, com o objetivo prioritário de ampliar o acesso da população americana aos serviços de saúde, o país está voltado ao aperfeiçoamento do seu sistema de saúde, uma vez que esse, acima de tudo, deverá ser capaz de abarcar o crescimento da demanda por serviços de alta qualidade a baixos custos, a serem requisitados, principalmente, pela população carente no futuro próximo. Diante desse contexto, o interesse pela regulação das profissões do sistema de saúde cresce significativamente nos EUA.

Os EUA foram o primeiro país a regulamentar profissões de saúde, sendo médico a primeira delas. Inicialmente, foi garantido aos médicos autoridade para tratar qualquer problema de saúde, e, paralelamente, foi proibido aos não médicos atuarem no mesmo sentido. Ao longo do tempo, novas profissões surgiram, e, com elas, os consequentes movimentos de reconhecimento profissional. Escopos de práticas das profissões de saúde foram sendo esculpido de forma fragmentada, à medida que as profissões surgiam. Ao mesmo tempo, as condutas práticas de muitas profissões foram sendo condicionadas à direção, à delegação e à supervisão de outros profissionais do campo da saúde, situação que favoreceu o surgimento de uma estrutura hierárquica entre as profissões de saúde. Por exemplo, enfermeiros supervisionados por médicos e auxiliares de enfermagem por enfermeiros.

Nos dias de hoje, as discussões em torno do modelo de regulação apontam a existência de escopos de práticas profissionais restritivos, característica prejudicial à eficácia e à eficiência da atuação de equipes interdisciplinares no

atendimento ao paciente. Muita atenção tem sido dada à identificação dessas práticas e às maneiras de modificá-las.

Alterações no processo de regulação das profissões no contexto saúde caminham a passos lentos nos EUA, principalmente, em consequência da resistência encontrada, nas categorias profissionais, à expansão do leque de práticas. Por exemplo, o acréscimo de papéis profissionais às profissões já reguladas ou a introdução de novos modelos de força de trabalho têm sido confrontados por inúmeras barreiras.

Associa-se a essa situação, a autonomia que os estados possuem para regular as profissões de saúde em seus territórios, competência que faz emergir grande variação no escopo de práticas de várias profissões da área de saúde. Algumas vezes, chega haver um descompasso entre as competências adquiridas pelos profissionais em ações de capacitação profissional, e as descritas pela autoridade legal, que muitas vezes abarca um leque restrito de competências. Complementa esse contexto, o fato de que nem todos os estados licenciam as mesmas profissões de saúde à prática profissional. Por exemplo, apenas a metade dos estados americanos concede licença a tecnólogos de medicina nuclear.

Outro problema identificado no modelo de regulação americano é a variabilidade do grau de autonomia de uma mesma profissão entre os estados. Por exemplo, os enfermeiros *seniors*, uma categoria profissional considerada acima da categoria de enfermagem, na qual enfermeiros realizam capacitações especiais que os possibilita realizar diagnósticos, e, assim, a atuar mais como médicos do que como enfermeiros. Em determinados estados, os enfermeiros *seniors* são autorizados a assumir suas funções com total autonomia. Em outros, dependem da participação da equipe médica. Pesquisa realizada sobre a influência do nível de supervisão no tratamento do paciente concluiu que o nível de supervisão tem impacto direto no custo do tratamento, sendo quanto mais restritiva a supervisão, mais elevado o custo do tratamento. O gráfico abaixo descreve a frequência de estados em relação ao grau de autonomia concedido aos enfermeiros *seniors*.

Um exemplo concreto dessa situação acontece no estado de Nova York. Apesar da prática não ser legalmente estabelecida por algum instrumento normativo estadual, enfermeiros *seniors* especializados em anestesia são autorizados a prestar serviços de anestesia, sem supervisão direta, mas com a assessoria da equipe médica, prioritariamente em regiões desprovidas de médicos anestesistas. Há grande quantidade de serviços de anestesia prestados por enfermeiros *senior* na zona rural de Nova Iorque. Por outro lado, no Colorado, essa mesma categoria profissional, possui aparato legal para a atuação em procedimentos anestésicos, sem supervisão ou assessoria médica.

Quanto à expansão do escopo das categorias profissionais, o processo para atribuir, aos farmacêuticos, ações relacionadas à imunização da população fornece exemplos dos entraves vivenciados pelo modelo de regulação. Historicamente, qualquer atividade de imunização, nos EUA, era realizada, exclusivamente, por médicos e enfermeiros. A lei estadual que possibilitou que tal ação fosse atribuída também aos farmacêuticos levou mais de uma década para ser decretada-1994-2009. Até os dias de hoje, farmacêuticos encontram barreiras, principalmente de enfermeiros, para assumir tal atribuição.

Outro aspecto interessante que permeia o modelo de regulação diz respeito à inclusão de novas categorias profissionais no sistema. Como exemplo, a inclusão dos terapeutas de saúde bucal, que enfrenta enorme resistência das associações odontológicas estaduais e nacionais para sua efetivação. Com o objetivo de atender a população das áreas mais remotas dos EUA, pessoas da comunidade que demonstram capacidade para exercer profissão são identificadas e encaminhadas à Nova Zelândia para capacitação. Atualmente, essa profissão, apesar dos resultados efetivos, dos baixos custos, no tratamento da saúde dentária de americanos, vem sendo adotada apenas nos estados do Alasca e de Minnesota.

Paralelamente a esses entraves, vários são os motores capazes de propulsionar mudanças no modelo de regulação americano: escassez de mão-de-obra para prestação dos cuidados básicos; mudanças do perfil epidemiológico; má distribuição da mão-de-obra no país, concentrada nas comunidades urbanas; necessidade de redução dos custos da saúde; advento da tecnologia; demanda por regulação de profissões de práticas alternativas como acupunturistas, massoterapeutas; e força do mercado impregnada da visão varejista imposta pelas clínicas de saúde.

Muitos aspectos são capazes de provocar mudanças no modelo de regulação: demanda dos atores sociais – associações profissionais, consumidores, profissionais do setor saúde, planos/seguros de saúde, gestores de políticas públicas; novas necessidades, principalmente da população carente; advento tecnológico; mudanças do perfil epidemiológico; forças do mercado; pressão para redução dos custos de saúde.

Muitas mudanças devem ser realizadas no modelo de regulação americano. A seguir, algumas propostas:

- Harmonizar os escopos específicos de cada profissão entre os estados, adotando o modelo de atos controlados e de emissão de uma única licença única para vários estados;
- Incentivar processos de regulação mais flexíveis, possibilitando a acomodação de papéis emergentes;
- Priorizar, nos processos de tomada de decisão, o interesse público;
- Realizar ações piloto de regulação, associada a procedimentos de avaliação sistemática;
- Criar um comitê de supervisão responsável por analisar todas as propostas de alteração das regulações já realizadas e de criação de categorias profissionais; e,
- Estabelecer um comitê nacional com a competência de coletar dados e de promover pesquisas sobre os escopos profissionais.

O PAPEL DO ESTADO NA REGULAÇÃO DE POLÍTICAS E PROFISSÕES DE SAÚDE

Carlos Alberto Vassallo

Professor – Universidade de Bolonha – sede Buenos Aires

A Itália, República Parlamentar desde 1946, possui um Estado central forte, descentralizado ao longo do tempo em regiões. Atualmente, há no país 20 regiões, subdivididas em comunas e municípios. O sistema sanitário italiano vivenciou, em paralelo ao do Estado, processo de descentralização similar, o que o levou a converter-se em um federalismo sanitário. Alguns momentos históricos marcam a trajetória do sistema de saúde italiano.

- Em 1978, criado o sistema de saúde nacional, um sistema universal, descentralizado para as regiões administrativas do país, custeado por impostos públicos.
- Entre os anos de 1990 a 1993, foi realizada uma série de reformas importantes, muitas delas relacionadas à profissionalização da gestão. Criada a Agência Nacional dos Serviços Regionais de Saúde (AGENAS), responsável pelo planejamento e coordenação do sistema sanitário nacional. Tem início o federalismo fiscal. O sistema de saúde regional deixa de ser custeado pelo Estado, passando os seus serviços a serem financiados por cada região, situação que acarretou na busca não somente do equilíbrio econômico financeiro, mas também de mecanismos de coordenação regulatória, por cada uma das regiões.

- Em 2000, concluído o federalismo fiscal. Há transferência total das responsabilidades às regiões.

O processo de descentralização das regiões deu origem à estruturação de dois agentes na organização administrativa-financeira, modelos fortemente determinados pela forma de contratação e pelo tipo de vínculo profissional dos trabalhadores com o sistema de saúde. O primeiro deles é composto pelas empresas sanitárias locais, empresas de natureza pública, cuja atribuição é atender à população de um município ou de um distrito, fazendo uso de uma estrutura de organização flexível quanto às ações. Basicamente, essas empresas se encarregam da saúde territorial, dos serviços de atenção primária e dos serviços sócio-sanitários. O segundo é formado por empresas hospitalares públicas, autônomas e independentes, que negociam diretamente com as empresas sanitárias locais e que possuem uma relação contratual com os financiadores, ou seja, região italiana onde estão situadas territorialmente.

Atualmente, o sistema de saúde italiano cobre as 20 regiões e 196 municípios. Quinze por cento da população faz uso de seguro/plano privado de saúde, índice que vem apresentando significativo crescimento nos últimos tempos. Desse grupo, 60% tem ligação direta com instituições com fins lucrativos, sendo o restante com instituições sem fins lucrativos. O setor de saúde privado cresce vertiginosamente, acarretando em um aumento na demanda por profissionais da área de saúde.

Cabe ao governo central, de acordo com o planejamento do setor saúde, definir objetivos e níveis de assistência, planejar diretrizes, organizar a legislação normativa, coordenar as atividades e administrar os institutos de pesquisa. Por sua vez, compete às regiões, a exclusiva responsabilidade pela regulação e organização

dos serviços, o planejamento, a gestão, a normatização e a prestação de todos os cuidados de saúde, bem como, o controle e a supervisão da qualidade e da eficácia dos serviços prestados pelos profissionais e pelos hospitais, tanto do setor público como do privado. Aos municípios, cabe prestar os serviços de assistência em suas bases territoriais – geralmente com 300 mil habitantes, assim como dimensionar estrutura e serviços capazes de atender às diretrizes dos planos regionais. Cada município possui um Diretor Geral, nomeado pelo gestor de cada uma das regiões, e uma diretoria, profissionais contratados por instrumentos jurídicos compatíveis aos do setor privado, que trabalham pelo sistema de controle de metas e remuneração variável. Além disso, nos serviços de atenção básica, os diretores têm o seu desempenho avaliado por seus colegas.

A coordenação nacional do sistema de saúde é realizada pela Agência Nacional de Serviços Regionais de Saúde que, exercendo suas atividades com forte colaboração do Ministério da Saúde e das regiões, tem por missões pensar a relação entre o Estado e as regiões; estreitar as relações colaborativas entre eles; e levantar informações que servirão de base para o delineamento dos instrumentos normativos no campo da saúde. Seu corpo de profissionais responde diretamente às diretrizes instituídas na Conferência entre Estado e municípios.

As regiões possuem alto grau de autonomia, assim como características bem divergentes, principalmente comparando-se as regiões norte e sul. São responsáveis por prestar os serviços relacionados à assistência básica e os marcos de serviços essenciais que devem ser garantidos a toda a população. Em relação ao federalismo fiscal, não há transferência de recursos financeiros entre Estado e regiões, a não ser em situações especiais ou para viabilizar políticas nacionais.

No que diz respeito à disponibilidade de mão-de-obra, na Itália não se observa carências de profissionais. Quando se realizou a reforma do sistema

sanitário, em 1978, a questão dos recursos humanos não foi abordada, pois havia um estoque de profissionais. Hoje, a Itália possui 3,9 médicos a cada 1000 habitantes, 1/3 deles trabalha exclusivamente para o setor público, sendo que 3,7/1000 realizam trabalho clínico. Apesar desses índices, projeta-se, a longo prazo, diminuição do número de médicos no setor público em decorrência do crescimento da demanda de profissionais no setor privado. Mesmo contexto não é identificado em relação à enfermagem. A quantidade de enfermeiros não é suficiente para atender à demanda do setor público.

Em relação à prestação dos serviços de saúde, médicos de família e pediatras são considerados profissões independentes, cuja remuneração advém de um sistema de captação, complementada por adicionais como incentivos. Nos hospitais, os médicos assalariados. A atenção básica é a porta de entrada para as especialidades médica, que contam com listas de espera por médico. Na atenção secundária e na terciária, os serviços especiais são prestados pelos hospitais ou por clínicas privadas credenciadas. A prática privada não se desenvolve no setor privado, mas sim intramuros, na estrutura física do setor público. Cabe aos médicos, que atendem nessas condições, repassar parte de seus lucros ao setor público. A atenção secundária e a terciária, consideradas agências públicas autônomas, dependentes dos departamentos sanitários regionais, comportam 3,3 leitos por mil habitantes- índice abaixo da média estipulada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), bem como quantidade de unidades providas de equipamentos médicos, como ressonância magnética e scanner, em escore acima da média sugerida pela OCDE.

O levantamento da necessidade de trabalhadores, para o campo da saúde, no ano subsequente, prevê um processo de planejamento assim delimitado:

- O Ministério da Saúde, mediante acordos consensuais com as regiões, solicita-lhes, assim como às categorias profissionais, o encaminhamento da demanda de profissionais;

- Universidades e centros de ensinos estipulam sua capacidade de formação de novos profissionais e expectativas de provimento nos anos subsequentes;
- Uma vez obtidas todas as informações, o Ministério da Saúde estabelece a necessidade de trabalhadores por região e, em conjunto com o Ministério da Educação, Universidade e Pesquisa, a necessidade de formação de novos profissionais por unidades acadêmicas.

Por sua vez, é importante esclarecer que a AGENAS - é uma entidade de direito público, regulatória, que exerce papel fundamental de apoio e de estabelecimento de vínculo entre Ministério da Saúde e regiões. Com atribuições estabelecidas e revistas na Conferência de Estado – Regiões Unificadas, compete-lhe fornecer apoio técnico e operacional às políticas de governo para o desenvolvimento e qualificação do sistema de saúde italiano, desde que consensuadas entre Estado e regiões. Os seus temas de trabalho compreendem:

- Avaliação da eficácia dos níveis essenciais de assistência;
- Levantamento e análise dos custos;
- Desenvolvimento de propostas para a organização dos serviços de saúde;
- Análise das inovações do sistema, da qualidade e do custo da assistência;
- Desenvolvimento e disseminação de sistemas capaz de promover segurança em direção à cura;
- Monitoramento dos tempos de espera;
- Gestão da educação médica continuada.

Finalmente, é necessário evidenciar que a regulação não é simplesmente uma legislação ou um sistema normativo, mas sim um processo pelo qual os diferentes atores devem ser convocados a participar.

DEBATEDORES

Rogério Carvalho

*Deputado Federal - Comissão de Seguridade saúde e Família - Câmara dos Deputados -
Congresso Nacional*

Apesar de ser um tema antigo, amplamente abordado em inúmeros debates pertinentes à área saúde, ainda não foi possível chegar a um modelo capaz de organizar o sistema de ordenamento e regulação das profissões no Brasil. A Constituição de 1988 atribuiu ao SUS a competência de ordenar os recursos humanos na área de saúde. Entretanto, a despeito do intervalo temporal, até hoje, não foram solucionadas questões básicas como de que maneira ou com quais atores essa tarefa será realizada.

Os modelos e sistemas de regulação existentes no mundo retratam a história de cada país, a forma como cada sistema de saúde foi concebido e a maneira como as profissões se organizaram. Apesar das diferenças existentes entre os países, são observados elementos constitutivos, eixos centrais, que devem estar presentes em todos os sistemas de regulação.

Um dos eixos fundamentais trata da quantificação dos recursos humanos. Para um país como o Brasil, que tem um sistema de saúde universal, a essa quantificação é fundamental. Deve-se definir a quantidade de profissões, de profissionais e de especialistas existentes e necessários, assim como, acompanhar,

sistematicamente, o comportamento dessas variáveis ao longo do tempo. Paralelamente, deve-se focar a questão da distribuição. É preciso definir políticas para fixar e para garantir a permanência dos profissionais em locais menos atraentes ou de difícil acesso.

A formação profissional é outro eixo fundamental. É preciso haver um espaço permanente de debate sobre as profissões, uma vez que essas fazem parte de um processo social, cuja construção, permanente, ocorre à medida que os profissionais interagem com seus objetos e que o conhecimento avança. É necessário, portanto, acompanhar e gerir a lógica estabelecida aos processos de formação acadêmica - o que, para que, onde, quanto, de que maneira formar -, tanto a nível técnico, de graduação e de pós-graduação.

O terceiro eixo abarca a certificação, a educação permanente e a acreditação. Não é possível pensar nas profissões, nesse mundo em transformação, sem ter claro o como certificar. O detalhe da certificação, atualmente visto como uma mera validação de diploma para o exercício profissional, virou, nos dias de hoje, em decorrência do Programa Mais Médico, uma questão central de Estado. É preciso por meio do debate permanente, desmistificar a certificação.

Quanto à educação permanente, não é possível conceber sistemas de saúde sem a construção de acordos produtivos, voltados à promoção de benefícios e ao atendimento do interesse público, acerca dos processos de trabalho e da utilização de tecnologia. A educação permanente deve ser uma atividade constante. A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju viveu uma experiência interessante. Durante o desenvolvimento de atividades de capacitação em serviço, foram observados resultados, tais como, melhor satisfação do usuário, diminuição das queixas na ouvidoria, melhoria do cuidado. Entretanto, após um período significativo sem a realização de tais atividades de capacitação, a insatisfação dos

pacientes aumentou, o controle social tornou-se mais ríspido, o número de queixas na ouvidoria cresceu.

No que diz respeito à acreditação, é necessário criar mecanismos de validação permanente, não para punir ou excluir profissionais, mas para provocar certa movimentação na vida dos trabalhadores. A acreditação deve estar vinculada à educação permanente, sendo concebida como atividade plena em torno da profissão.

Por fim, o quarto eixo abarca a abrangência das profissões. No Brasil, em todas as atividades da saúde, que envolvam tomadas de decisão, cabe ao médico a palavra final. O sistema é “médico-dependente”.

Também é preciso considerar que o Brasil é um país atualmente caracterizado pelo: envelhecimento da população, feminização das profissões de saúde; sistema de saúde em expansão; princípio constitucional da integralidade do SUS etc.. As profissões são vivas e estão em constante evolução, é preciso construir um pacto inicial conceitual das mesmas em determinado momento, a partir daí elas serão em parte autorreguladas e em parte reguladas mediante a presença do Estado.

Em todo processo de regulação profissional, é preciso debater a história de cada profissão, definindo-se, a partir dos elementos históricos, o núcleo de competência de cada profissão. Paralelamente, é necessário delimitar-se o escopo de atuação de cada profissão, atentando-se para que o escopo delimitado não torne-se responsabilidade hegemônica de uma profissão sobre a outra.

É essencial inovar e definir em que lugar estarão as instâncias reguladoras, pois as questões apresentadas possuem naturezas distintas e embasamento de diferentes teorias (formação; capacitação permanente; quantificação; distribuição; conteúdo da conformação da profissão; certificação; acreditação; etc.). É preciso criar instâncias permanentes, para realizar o processamento destes debates e para a tomada de decisões. No Brasil existe cerca de 6.000 operadores sistêmicos de saúde, pois quando o país construiu seu sistema de saúde a disputa pelo espólio de sua origem (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS), consolidou o caminho para a municipalização e produção das ações e serviços a partir do ente federado. Atualmente temos 5.592 operadores de sistemas municipais de saúde e 27 de sistemas regionais e estaduais. Existem quase 6.000 operadores que devem estar representados não no espaço de ordenamento dos recursos humanos. Nossa história “empoderou” as corporações, que também devem participar deste debate, pois acumularam poder e conhecimento, assim como as universidades que ganharam autonomia e criaram cultura neste campo de conhecimento.

Ainda que gestor do sistema nacional de saúde seja o Ministério da Saúde, deve-se criar um modelo de gestão orgânico e ao mesmo tempo funcional. Para tanto, é fundamental estabelecer instâncias separadas para cada um dos eixos citados, cada uma delas com representações estabelecidas de acordo com a natureza do objeto e em constante interação com outras instâncias.

A Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados elaborou um relatório com o conteúdo aqui apresentado, e tenho a pretensão de levar este debate ao Ministério da Saúde e aos diversos setores para discutir a medida provisória, pois já que estamos tratando de uma política é preciso definir instâncias permanentes, para acompanhar o desenvolvimento desta área.

Alexandre de Souza Ramos Florêncio

Diretor adjunto do Departamento de Atenção Básica –DAB/MS

Há cerca de 25 anos, pelo marco regulatório acordado na VIII Conferência Nacional de Saúde, o direito à saúde passou a ser garantido aos cidadãos brasileiros, assim como foi atribuído ao SUS a responsabilidade pelo ordenamento e pela formação de recursos humanos. A partir de 1986, as várias transformações ocorridas na trajetória da saúde imputaram amadurecimento não somente ao sistema de saúde, mas também ao sistema educacional. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o papel de promover o diálogo e a fusão entre esses dois sistemas.

O momento atual requer que o diálogo entre o SUS e o sistema educacional seja intensificado. Há de se questionar o papel do Estado brasileiro e do poder legislativo, bem como analisar as iniciativas tomadas pelo poder executivo, especificamente, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, no ordenamento e na formação de recursos humanos.

Ao longo dos anos, várias iniciativas foram realizadas com o objetivo de aperfeiçoar o ensino de graduação no país. Para tanto, diretrizes curriculares nacionais foram estruturadas, procurando adequar a formação dos profissionais à realidade e às necessidades do SUS. Apesar dos avanços alcançados, o debate sobre esse tema deve ser retomado, para que se possa tornar possível a construção de um sistema de saúde de qualidade, principalmente, quanto ao acesso e à prestação dos serviços. É fundamental mudar a formação, discutir a regulação do trabalho e mudar a qualidade dos cuidados prestados à população.

As experiências que vêm sendo apresentadas nesse evento possuem, como aspecto comum, a centralidade da decisão do Estado quanto à regulação de atos produtivos ou de procedimentos. No Brasil, o financiamento do setor saúde

equivale a, aproximadamente, 18 bilhões de reais, orçamento destinado à estruturação dos serviços, ao custeio e aos investimentos. Vários municípios brasileiros possuem estrutura adequada à prestação de serviços de saúde com qualidade. Entretanto, em muito deles, há carência de profissionais médicos. O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), assim como, o Programa Mais Médicos, estabeleceram um marco regulatório para levar profissionais de saúde aos lugares onde se observa carência de mão-de-obra.

A média nacional de médicos no país é de 1.8 (um, oito) médico por 1.000 (mil) habitantes. Porém, esse valor difere significativamente entre os estados brasileiros. Em alguns estados, como no Maranhão, ele decai para 0.59 (zero, cinquenta e nove) por 1.000 (mil) habitantes; enquanto que, em outros estados, como no Distrito Federal, ele sobe significativamente - 3.5 (três, cinco) médicos por 1.000 (mil) habitantes. Dados revelam que esse fenômeno não se manifesta apenas entre os estados brasileiros, mas também, entre os municípios de um mesmo estado. Mesmo estados com proporção acima da média não conseguem estabelecer uma distribuição equitativa entre todas as suas regiões. Há muitos municípios no Brasil sem nenhum profissional médico.

Ainda que os avanços tenham sido significativos na construção de um sistema multidisciplinar de prestação de serviços, o sistema de saúde do país é um sistema médico dependente, pois, além de atribuir exclusivamente ao médico a competência de realizar o diagnóstico primário, estabelece que o plano de cuidado e a abordagem terapêutica devem ser desenhados apenas a partir do diagnóstico primário. O enfoque a ser dado, não é o de excluir o papel do médico, mas de reafirmar sua importância, simultaneamente, à confirmação do papel de todos os outros profissionais de saúde (enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros). Essa abordagem multidisciplinar deve extrapolar as fronteiras dos agentes regulatórios, para caminhar em direção a população. Nos cerca de 700 (setecentos) municípios em que não há nenhum médico, é preciso levar a

população a visualizar que o ato do cuidado vai muito além de uma consulta ou prescrição.

É necessário entender o papel dos conselhos profissionais, compreender como eles têm dialogado com as políticas públicas. Além disso, é preciso fazer com que os seus atos sejam estruturados e configurados de maneira compatível às necessidades do setor saúde, e não aos marcos regulatórios construídos por cada profissão. Toda profissão tem seu estatuto social, desenvolvido e aprimorado historicamente. Cada profissão tem sua essência, um grupo de atos específicos e um ato nuclear. Mas, o conjunto de profissões tem atos compartilhados, que, também, precisam ser regulados. Para que isso ocorra, é imprescindível delimitar os atos regulatórios a partir da experiência. É essencial debater o papel das diferentes profissões de saúde, refletir sobre o trabalho em equipe, discutir como o cuidado pode ser desenvolvido e conceber que o protocolo de cuidados não tem a função de engessar uma profissão, mas sim de mediar a atuação de um conjunto de profissionais. Algumas iniciativas interessantes, nesse sentido, estão em curso, como a relacionada ao atendimento das abordagens sindrômicas.

Paralelamente, é preciso aprimorar a gestão, buscar a melhoria da qualidade dos serviços, ampliar os investimentos e a alocação dos recursos. É preciso construir outros parâmetros de cuidados para uma população que envelhece ainda mais, a cada momento. É preciso fazer um novo pacto de cuidado da população, garantindo-lhe acesso e qualidade da atenção em tempo oportuno. Por outro lado, é preciso mediar a relação entre os profissionais de saúde, a fim de estabelecer um novo pacto de cuidado para a população brasileira. Caso contrário, deixará de existir no sistema de saúde, o seu principal compromisso ético, a defesa da vida. As reflexões e as experiências apresentadas nesse evento contribuirão, significativamente, para nossas reflexões e para a construção de um novo pacto de cuidado.

Ivone Evangelista Cabral
Conselho Nacional de Saúde- CNS -Brasil

Precisamos qualificar o que compreendemos por cidadão e por interesse público, por defendermos que o trabalho em saúde seja realizado em prol do interesse público do cidadão. O CNS, órgão de controle social, talvez seja a entidade que melhor represente o interesse público do cidadão, frente à multiplicidade de vozes e de debates que se concretizam em seu espaço. Para compreender os anseios da população, é fundamental resgatar as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, principalmente aquelas realizadas a partir de 1986, quando se estabeleceu o marco histórico da reforma sanitária, confrontando-as com as experiências internacionais.

Pensar o tema regulação exige que se analisem os marcos regulatórios quanto ao escopo das ações a serem desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais. Análise do contexto internacional evidencia que em diversos países, como no Canadá, cuja regulação realiza-se desde a origem do sistema nacional de saúde, ou na Itália, cujas ações tiveram início em 1978, a regulação vem sendo trabalhada há muitos anos. Em outros países, como nos EUA, país no qual o sistema nacional de saúde se organiza por princípios lógicos diferenciados, a regulação é realizada pelo governo. Nos três países, a formação dos profissionais, isto é, o número de vagas disponibilizadas nas universidades e centros de formação é determinado de acordo com levantamentos de necessidades de formação. No Brasil, os Ministérios da Educação e da Saúde não exercem nenhum papel na determinação do número de vagas a serem disponibilizadas para a formação de novos profissionais de saúde. E, cabe a autarquias de governo, ou seja, aos conselhos profissionais, gerenciados por profissionais da mesma categoria, a função da regulação profissional.

Associa-se ao descompasso entre formação e regulação, o desconhecimento do quantitativo de profissionais de saúde existentes no país. A VIII Conferência

Nacional de Saúde apontou a necessidade da realização desse diagnóstico. Atualmente, foi levantado o número de médicos no Brasil, 1.8 (um, oito) médico por 1.000 (mil) habitantes. É preciso conhecer o quantitativo das demais categorias profissionais: enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas, técnicos de enfermagem e outros. O Brasil possui uma das menores proporções entre o número de enfermeiros por habitantes da América Latina -1.4 (um, quatro) enfermeiro por 1.000 (mil) habitantes. Paralelamente, é preciso identificar os locais, o processo e a qualidade da formação desses profissionais de saúde, assim como a real demanda de mão-de-obra. Na enfermagem, por exemplo, vive-se o paradoxo entre a existência de muitos centros de formação e o número significativo de ingresso de estudantes com a elevada taxa de abandono. Um terço dos estudantes que ingressam nos curso de graduação em enfermagem não conclui o bacharelado. Esse comportamento não se repete em relação à medicina, uma vez que a grande maioria dos estudantes concluem os cursos de medicina. Outro aspecto a se considerar é a formação dos profissionais para o trabalho em equipe. No Brasil, tratam-se de equipes multiprofissionais; nos EUA e Canadá, equipes interprofissionais; na Itália equipe sanitária. Denominações providas de semiótica social, de semântica e de linguística próprias. Problematicar esses termos, a partir da necessidade social em saúde é um desafio a ser superado. O termo multiprofissional pressupõe pessoas de diferentes profissões desenvolvendo um único processo de trabalho. O termo interprofissional designa o processo de trabalho que é desenvolvido pela equipe.

Outro aspecto inerente à realidade brasileira a ser considerado é a concepção do cidadão quanto à prestação do serviço de saúde. Quando questionado sobre esse tema, a grande maioria associa a prestação do serviço de saúde a hospitais e a médicos. Para o cidadão brasileiro, todo profissional em um hospital vestido de branco é considerado, inicialmente, um médico. Quando a população nas ruas pede por saúde, solicita uma agenda não apenas propositiva, mas resolutiva. O Brasil, nesse governo, tem o mérito de procurar pensar a saúde como política de Estado, algo mais permanente.

Há evidências de que no Brasil existem problemas de regulação em todas as profissões, inclusive na medicina. Desde 1986, constata-se falta de diálogo entre governos e corporações, assim como tendência a caminhar por estradas diferentes. Há um divórcio entre os atores, a ser superado pela construção de uma terceira via. Existe a via das corporações - conselhos profissionais e a do Estado. É necessário construir a terceira via, a do controle social, instância colegiada, com representação de gestores, usuários e trabalhadores. O Conselho de Saúde, em suas três instâncias, é a via que se configura um espaço de interlocução legítima para a realização do debate sobre regulação.

Para o debate sobre regulação é necessário fundamentar-se no acervo histórico existente, construído ao longo do tempo, assim como envolver o Ministério da Educação, uma vez que a formação é um aspecto de muita importância.

É preciso, também, debater a privatização da saúde, assim como dialogar com os profissionais que atuam nas seguradoras de saúde. Nos EUA, esse diálogo está presente há muitos anos. Na Itália, nos últimos anos, com o aumento do percentual de atendimento das seguradoras - atualmente 15% - o diálogo foi constituído. No Brasil, onde o percentual de atendimento privado corresponde a aproximadamente 30%, o diálogo não foi estabelecido. Certamente qualquer debate a ser realizado evidenciará o conflito de interesse existente naqueles trabalhadores que atuam nos dois setores simultaneamente, o público e privado. Uma das formas de resolver esse conflito de interesse é solicitar ao trabalhador que opte por um dos setores, como ocorre na Itália. A XI Conferência Nacional de Saúde sugeriu a construção da Política Nacional de Recursos Humanos, assim como defendeu que os profissionais do SUS trabalhassem em regime de dedicação exclusiva.

Os atos privativos da prática profissional, os “atos controlados”, por determinadas profissões também precisam ser dimensionados. É preciso haver fórum permanente responsável por identificar e por construir consensos sobre as sobreposições dos atos profissionais. O país não pode continuar a vivenciar experiências cotidianas, como em pleno voo uma Comissária solicitar um médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM). Pois se não há a bordo uma pessoa com registro no CRM pode haver outro profissional habilitado, para entender o momento oportuno de se entrar na cena do cuidado. Deve prevalecer a lógica do interesse da população, a lógica da vida sobre a defesa da corporação. A regulação dos conselhos profissionais, por meio de resoluções, não pode ser maior que o interesse pela preservação da vida.

As conferências nacionais de saúde vêm propondo questionamentos e sugestões a diversos tópicos relacionados aos serviços de saúde do país. Por exemplo, a proposta de interiorização do SUS foi recomendada na XI Conferência, realizada em 2001. Nela foi pontuada a necessidade de interiorização das diferentes categorias de profissionais de saúde, e não apenas de médicos. O controle social vê o Programa Mais Médicos como uma solução emergencial. Há a necessidade de que seja discutido, posteriormente, o Programa Mais Trabalhadores de Saúde. Vencido esse momento emergencial, é preciso pensar a interiorização dos demais profissionais de saúde, inclusive, para responder a pressão dos movimentos espontâneos das ruas por mais saúde.

MESA REDONDA

A REGULAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE MIGRANTES E PROCESSOS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Coordenação: Félix Rigoli - Organização Pan Americana de Saúde -
OPAS

A REGULAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE MIGRANTES E PROCESSOS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Isabel Duré

*Diretora Nacional – Direção Nacional de Recursos Humanos e Saúde Ocupacional
Ministério da Saúde da Nação
Argentina*

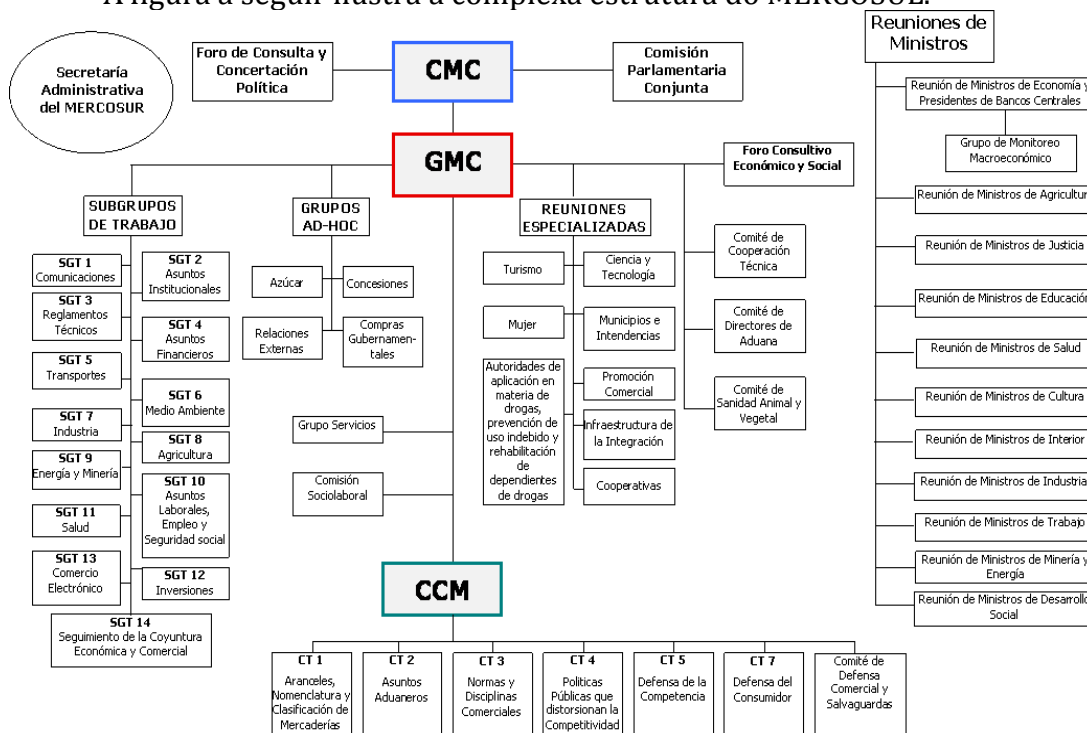
O MERCOSUL, instituído pelo Tratado de Assunção, constitui-se na união aduaneira de países da América do Sul. Participam do bloco, atualmente, como Estados – membros, a Argentina, o Brasil, o Paraguai (suspensa temporariamente), o Uruguai e a Venezuela, essa admitida como estado membro de pleno direito em 2012. Integram lhe, como Estados associados, o Chile, a Colômbia, o Equador e o Peru.

Os princípios preconizados pelo MERCOSUL prevê a livre circulação de bens, de serviços e de fatores de produção, entre os quais estão incluídos trabalhadores, assim como, o estabelecimento de uma tarifa aduaneira geral e a adoção de uma política comercial comum, compatível às políticas macroeconômicas e setoriais e às legislações de cada Estado participante.

O preâmbulo do Tratado de Assunção deixa claro a dimensão social do MERCOSUL: “A integração como condição fundamental para acelerar os processos de desenvolvimento econômico com justiça social; A necessidade de promover o

desenvolvimento científico e tecnológico dos Estados membros e de modernizar suas economias para ampliar a oferta e a qualidade dos bens e dos serviços disponíveis, a fim de melhoraras condições de vida de seus habitantes.”

A figura a seguir ilustra a complexa estrutura do MERCOSUL.



No campo da saúde, o MERCOSUL conta com dois fóruns deliberativos, nos quais questões relacionadas a esse tema são o principal objeto de trabalho: a Reunião de Ministros da Saúde (RMS), fórum de caráter político, criado pelo Decreto CMC nº 03/95, responsável por coordenar a Política de Saúde no MERCOSUL; e o Subgrupo de Trabalho nº 11- SAÚDE (SGT 11), criado pela Resolução GMC nº 151/96, um grupo permanente, constituído por um corpo técnico voltado à harmonização e ao alinhamento, entre os Estados participantes, de questões relacionadas à saúde, cujas propostas são encaminhadas aos órgãos decisórios do MERCOSUL, o Conselho do Mercado Comum (CNC). Todas as decisões no âmbito do MERCOSUL são tomadas mediante o consenso obtido entre todos os Estados membros

O subgrupo de Trabalho n.º 11- SAÚDE (SGT11) é um órgão técnico de caráter deliberativo, responsável por analisar o corpo normativo dos Estados membros quanto à regulação dos sistemas de saúde e por compatibilizar os sistemas de controle sanitário dos Estados participante. Compete-lhe prioritariamente homogeneizar parâmetros para o controle da qualidade de bens, serviços e fatores de produção na área da saúde; assim como propor mecanismos capazes de reduzir os riscos sanitários, removendo possíveis barreiras ao comércio e ao fortalecimento da integração regional. Abaixo parte da estrutura organizacional do subgrupo.

São, portanto, missões do SGT-11:

- Harmonizar as regulamentações existentes nos Estados membros e gera normas comuns, e
- Estabelecer mecanismos para que os Estados membros se adaptem a essas normas, considerando as assimetrias existentes.

O gráfico abaixo demonstra o percentual de regulamentações harmonizadas pelas comissões do SGT-11.

A diferença constatada entre os percentuais pode ser explicada pelos seguintes motivos:

- Tempo de existência de cada comissão. A Comissão de Produtos foi a primeira a ser criada;
- Prevalência de assuntos diretamente relacionados à união aduaneira;
- Pré-existência de acordos em relação à vigilância, os quais, em número considerável, antecedem à criação do MERCOSUL e abarcam acordos extra regionais;
- Recenticidade e divergência de aspectos inerentes a questões relacionadas à integração entre sistemas e serviços;

- Assimetria e incompatibilidade entre os sistemas de saúde dos Estados membros.

Em relação à regulação profissional, compete a uma das subcomissões do SGT-11, a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional:

- Identificar e especificar, dependendo das necessidades e políticas de saúde dos Estados membros, as profissões e atividades prioritárias;
- Definir critérios para a avaliação e certificação de profissionais e especialistas, considerando o desempenho de instituições de formação nos Estados membros;
- Desenvolver processo de harmonização das profissões de nível superior;
- Definir e acompanhar o processo de implementação da Matriz Mínima para a prática profissional;
- Identificar, nos Estados membros, necessidades de capacitação sobre as profissões e o exercício profissional, a fim de otimizar medidas capazes de fornecer-lhes insumos propiciadores ao processo de harmonização regulatória.

Das inúmeras resoluções produzidas sobre esse tema, vale destacar três delas:

- Resolução GMC nº27/04-Matriz Mínima para o Exercício Profissional no MERCOSUL - instrumento de registro dos profissionais de saúde dos Estados membros; ferramenta a ser preenchida pelos Ministérios da Saúde de cada Estado membro e a ser utilizada nos processos migratórios;
- Resolução GMCN nº12/07(que revoga a Resolução GMC nº 66/06) - Profissões Comuns de Saúde do MERCOSUL- aprova uma relação de profissões comuns;

- Resolução 12/08 (que revoga a Res. GMC n.º 73/00) – Especialidades Médicas Comuns do MERCOSUL – aprova relação comum de especialidades médicas.

Acerca da Matriz Mínima para o Exercício Profissional, apesar de ter sido proposta em 2007, sua implantação ainda avança nos dias de hoje, uma vez que, à época, nenhum dos Estados membros possuía uma sistematização adequada de informações e, nos países pequenos, havia grande assimetria quanto a distribuição de responsabilidades entre os profissionais. Na Argentina, por exemplo, a partir da resolução GMC n.º 27/04 foram firmados convênios com as diferentes províncias para que fossem construídas as matrizes de registro profissional. Nesse momento, o país conta com o registro de todos os médicos e finaliza o registro dos enfermeiros. Atualmente, pactuou-se, entre os Estados membros, a construção de uma base única de dados, contemplando um registro de informações mínimas, composto apenas por dados de identificação e de sanções recebidas durante a prática profissional.

Paralelamente, trabalha-se em direção à harmonização das nomenclaturas utilizadas para nomear as profissões de saúde. Estão sendo empregadas ou desenvolvidas matrizes que possibilitam a comparação, entre os Estados membros, de quesitos relacionados à formação e à regulação das profissões. Como resultado, a Resolução GMC n.º 66/06 apresenta algumas profissões já submetidas ao processo de harmonização e que, por isso, em primeira instância, devem ser contempladas à matriz mínima de dados; e a Resolução GMC n.º 07/12 amplia esse conjunto de profissões, introduzindo especialidades médicas e as profissões de Dentista, Farmacêutico, Bioquímico, Enfermeiro, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo.

O campo de reconhecimento das especialidades, por sua vez, revela-se um campo de extrema complexidade, pois o leque de especialidades é muito abrangente e exige análise minuciosa de cada uma delas. A Resolução GMC n.º 73/12 apresenta uma lista de especialidades médicas comuns a todos os Estados membros - 29 ao todo. A Resolução GMC n.º 08/12 amplia essa lista para 42

especialidades. Os próximos passos a serem adotados para o reconhecimento das especialidades pressupõem o desenvolvimento de uma matriz comparativa para avaliar os critérios de certificação de profissionais e de especialistas, a identificação do conteúdo curricular dos cursos de formação e de especialização médicas, e a identificação e priorização das especialidades de outras categorias profissionais.

Em 2010, constatou-se a necessidade de ampliar o cenário de condução desse trabalho, situação que resultou no aumento da pauta de negociações, na análise das profissões de nível técnico, no reconhecimento das responsabilidades de formação e de validação de títulos e na criação de um espaço para a análise conjunta dos perfis necessários para compor equipes de saúde, incluindo profissões não regulamentadas.

A análise das profissões de nível técnico teve início pela definição das profissões prioritárias e comuns a todos os Estados membros, a serem inicialmente trabalhadas - Técnico em Enfermagem, Técnico em Laboratório, Técnico em Radiologia e Técnico em Hemoterapia. Hoje, busca-se não somente o delineamento de uma matriz que aprofunde a comparação de dados relacionados à formação e à colocação profissional, mas também o estabelecimento de um mapa que retrate a formação técnica no MERCOSUL. Constata-se uma grande diversidade curricular entre os Estados membros em relação às profissões técnicas, não necessariamente excludentes, mas possivelmente equivalentes. Além disso, observam-se situações atípicas tais como disciplinas inerentes à formação técnica de profissionais no Brasil sendo empregadas em cursos de formação superior na Argentina. Esse contexto faz emergir a necessidade de aprofundar-se a análise dos perfis profissionais, para tornar possível um adequado processo de equiparação curricular e de migração profissional entre os países. Esse trabalho defronta-se com desafios significativos como o aprofundamento da análise dos perfis profissionais ou a identificação de semelhanças e diferenças entre os contextos de trabalho dos Estados membros.

No momento atual, articula-se com o Conselho Nacional de Educação Superior uma agenda conjunta, basicamente dirigida à acreditação das profissões. Pretende-se chegar a uma matriz mínima que possibilite a revalidação de currículos entre os países do MERCOSUL e entre esses e os países da União das Nações Sul-Americanas (UNASUR). Além disso, tem-se por meta formatar um glossário de termos comuns entre saúde e educação, e elaborar uma matriz dos problemas prioritários das profissões de saúde.

A nova agenda de negociações estabelece a operacionalizações de ações com objetivos de:

- Identificar profissões e áreas de ação prioritárias, com o estabelecimento de critérios e procedimentos;
- Equiparar os requisitos necessários à qualificação para o exercício profissional;
- Acompanhar o processo de implementação da Matriz Mínima;
- Articular a implantação de sistemas informatizados e a utilização de nomenclaturas comuns na Matriz Mínima;
- Identificar equivalências nos critérios utilizados para concessão de sanções;
- Sistematizar as informações sobre a regulação das práticas profissionais entre os países membros;
- Identificar necessidades comuns de formação de profissionais de saúde nos Estados membros, e propor o desenvolvimento de perfis adequados às necessidades da população;
- Desenvolver um plano de trabalho conjunto entre o SGT11, o CRC-ES e o 012 CRC-ET, atendendo ao acordo 11/03, que descreve a importância de estabelecer-se uma agenda compartilhada entre saúde e educação para o desenvolvimento e harmonização da prática profissional, assim como, eventualmente, com outras áreas do MERCOSUL relacionadas ao tema.
- Identificar estratégias específicas capazes de promover a prática profissional nas áreas de fronteira.

Por fim, é importante pontuar que as negociações no âmbito temático do SGT-11, diretamente influenciadas por decisões políticas, percorrem um caminho longo de construção e implementação, permeado por momentos de retrocessos e avanços. Apesar desse contexto, trata-se de ações fundamentais aos sistemas de saúde, pois profissionais, continuamente, imigram, por motivos diversos, de um país ao outro, onde seguramente, exercerão suas atividades profissionais. A ausência de padrões normativos sobre essa temática, entre os Estados, faz com que problemas emergentes sejam solucionados por vias alternativas, nas quais a lógica do mercado e das corporações exercem forte influência. É fundamental que não se busque apenas harmonizar os marcos regulatórios existentes, mas também que se construa novos marcos, motores para processos de mudança dos Estados membros.

A EXPERIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE DE ANDALUZIA COM A GESTÃO POR COMPETÊNCIAS

Antonio Torres Oliveira

Diretor - Agência para a Qualidade de Saúde da Andaluzia - Espanha

A migração dos profissionais entre os países da Europa está inserida em uma política de quebra de fronteiras, denominada *política transfronteiriça*, pela qual é proposto a todos os Estados do continente dirigir esforços à harmonização e à união dos sistemas de saúde existentes nos países, cujas características são muito diversas entre si, para que os cidadãos europeus se possam beneficiar de forma equitativa do sistema de saúde em qualquer um dos Estados europeus. A qualidade dos sistemas de saúde é um dos temas prioritários dessa política.

Andaluzia é uma comunidade autônoma do sul da Europa, cuja área territorial é maior do que o território de alguns pequenos países europeus. Hoje,

seu sistema de saúde, no qual trabalham 95000 (noventa e cinco mil) profissionais contando com um orçamento aproximado de 9.797,66 (nove mil setecentos e noventa e sete) euros, é composto por 1500 (um mil e quinhentos) centros de atenção primária, 8 (oito) centros de transfusão sanguínea e 44 (quarenta e quatro) hospitais públicos.

No ano 2000, Andaluzia iniciou uma grande aventura ao lançar o Primeiro Plano de Qualidade do Sistema de Saúde Público de Andaluzia, um projeto bem sucedido, em execução até os dias atuais. Esse plano teve o papel de funcionar como um modelo de transformação, um modelo estratégico, pelo qual, por uma estrutura menos hierarquizada, mais horizontal e flexível, foi introduzida uma cultura de melhoria contínua do sistema de saúde, fundamentada na concepção do cidadão como centro de todo o sistema.

O plano de qualidade foi construído sob os paradigmas de cinco eixos estratégicos interligados, trabalhados não à luz da regulação, mas sim da flexibilidade e do consenso entre os profissionais, dimensionados sob ótica de ser o cidadão, suas necessidades e expectativa, centro dos serviços de saúde: gestão por processos de assistência; gestão clínica; gestão por competências; acreditação de qualidade; e estratégia digital, essa priorizando o aperfeiçoamento dos sistemas de registro de informações e de comunicação entre os profissionais.

A gestão por processos contemplou os paradigmas da gestão da qualidade. Estruturou-se pelo emprego de diferentes ferramentas inerentes aos programas de qualidade total. Apresentava como objetivos:

- Alcançar a satisfação do cidadão;
- Envolver todos os profissionais no projeto;
- Promover a melhoria contínua ao custo mais baixo possível;

- Estabelecer padrões de atenção propiciadores ao alcance da qualidade;
- Reduzir a variabilidade de acordo com as evidências;
- Fornecer medidas de resultados em saúde.

Uma das primeiras condutas adotadas foi a de desenhar os processos de trabalho pelo caminho realizado pelo paciente no sistema de saúde, da admissão até a saída, contemplando todos os níveis de intervenção – figura 1. Paralelamente, foram mapeados os pontos críticos de cada uma das etapas em relação à segurança e às informações a serem disponibilizadas ao paciente e a elementos técnicos.

Figura 1 – Mapeamento processo de trabalho



A gestão clínica, por sua vez, empregou ferramentas de redesenho organizacional, com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade, a equidade, a eficácia e a eficiência do atendimento. Possuindo como pano de fundo o incremento do grau de

responsabilidades dos profissionais, desenvolveu ações relacionadas à autonomia profissional, à orientação para resultados, ao sistema de avaliação e de aferição do desempenho profissional, ao trabalho em equipe, e ao alcance de objetivos e incentivos estabelecidos para cada equipe de trabalho.

À gestão de competências coube a função de perseguir o desenvolvimento contínuo dos profissionais, com a segurança de serem eles ponto chave para a eficácia de qualquer ação voltada à melhoria do serviço público de saúde. Três frentes de trabalho foram abordadas: formação profissional, avaliação de desempenho e reconhecimento profissional.

O Modelo de Gestão de Competências fundamentou-se tanto nos pressupostos teóricos pertinentes à área de gestão de pessoas, principalmente aqueles relacionados às estratégias de retenção de profissionais, como também nos pressupostos de geração, integração e troca de conhecimentos.

Passados três anos, muitos materiais e documentos foram produzidos e muitas ferramentas criadas, das quais serão destacadas a seguiras inerentes à gestão por competência.

Os conceitos relacionados à gestão por competências emergem da evolução sofrida pelas organizações ao longo do tempo. O paradigma da administração científica (Taylor e Fayol), que preconizava a supervisão direta, a divisão do trabalho e o treinamento para execução de alguns dos componentes das tarefas foi substituído pelos da gestão por objetivos, que pressupunha ser o trabalhador responsável pelos resultados de seu trabalho, e serem os resultados aspectos a serem considerados no delineamento da estratégia e dos objetivos organizacionais. Atualmente, a teoria das organizações enfatiza a gestão por valores, um modelo

que ao atribuir aos valores papel central nas organizações, defende que o alcance da "missão" e da "visão" organizacional depende da incorporação dos valores estabelecidos à organização pelos profissionais. Nesse processo evolutivo, a concepção do profissional como custo financeiro transformou-se na concepção do profissional como recurso mais importante de uma.

Imersa nesse novo paradigma, a gestão por competências dos serviços de saúde de Andaluzia contempla uma série de ferramentas que buscam atrair, desenvolver e reter o talento humano possuidor de desempenho competente. Efetiva-se com base na visão, nos objetivos e na missão organizacional, pela adoção de uma linguagem única, compartilhada por todos os profissionais, a linguagem das competências, estruturada em mapas ou perfis de competências.

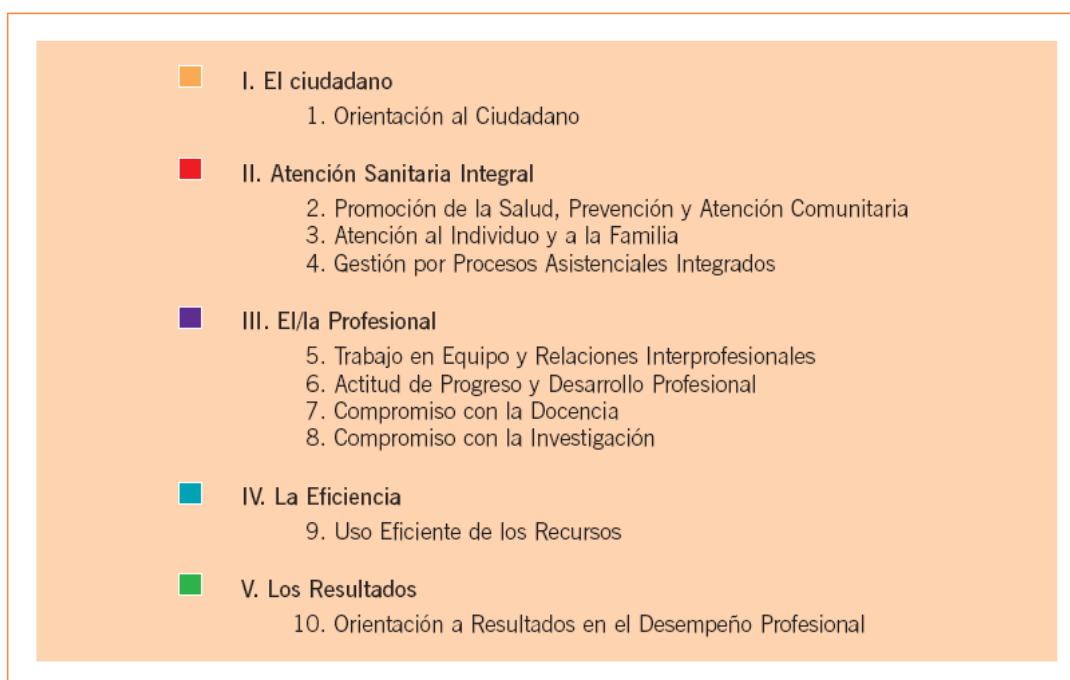
Muitas são as contribuições proporcionadas pela gestão de competências às organizações. Facilitar a propagação e introjeção dos paradigmas da gestão por qualidade entre os profissionais; melhorar o ambiente de trabalho ao reduzir incertezas sobre as atribuições profissionais; promover oportunidades de desenvolvimento profissional e progressão funcional; promover o desenvolvimento de equipes; aumentar a capacidade da organização para enfrentar os desafios e incorporar inovações; melhorar o envolvimento e a motivação dos profissionais e contribuir para melhoria do desempenho organizacional são exemplos dessas contribuições.

A Espanha implementa a lei de Gestão e Qualidade dos sistemas de saúde, a qual estabelece ser as competências um conjunto de comportamentos observáveis e mensuráveis relacionados ao bom ou ao excelente desempenho profissional. O enfoque volta-se ao desempenho observável e não ao possível conhecimento introjetado pelos profissionais, mas não manifesto. Acredita-se que o confronto entre o exercício real das atribuições de trabalho e o domínio de uma suposta

competência não se traduz em desempenho eficaz. Apenas a competência perceptível, o que o profissional faz, e não somente o que ele sabe, interessa à organização.

O mapa de competências profissionais, portanto, é uma ferramenta, um catálogo das melhores práticas e das evidências que demonstram a realização, o alcance das boas práticas. As competências do serviço de saúde de Andaluzia foram agrupadas em blocos, alguns deles gerais, outros específicos; alguns relacionados à atenção sanitária propriamente dita, outros ao cuidado; outros ao profissional e ao seu desenvolvimento; outros aos resultados; e outros aos recursos e à assistência – figura 2.

Figura 2 – Blocos de competências

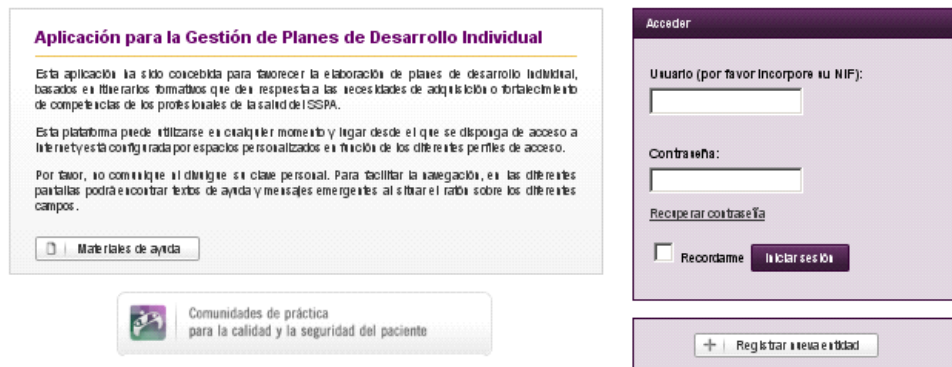


Cada profissional possui o seu mapa de competências que comporta competências gerais, transversais e específicas, diretamente relacionadas ao posto de trabalho e às atribuições. Esse mapa de competências é empregado pela área de gestão de pessoas para desenvolvimento de ações ligadas aos sistemas de recrutamento, de progressão funcional, de acreditação, de educação continuada, de avaliação de desempenho, entre outros.

Os programas de desenvolvimento profissional, a fim de contemplar todas as atividades de trabalho inerentes às atribuições profissionais de um cargo, são planejados a partir das informações apresentadas pela gestão de processos, quanto aos mapeamentos dos processos de trabalho. Incorpora os mecanismos necessários para atender aos padrões de qualidade especificados nos processos de acreditação, de educação continuada e de qualificação profissional. Adota como elementos chave: maior descentralização e autonomia no desenvolvimento de percursos educativos que produzam resultados de aprendizagem; processos de aprendizagem diretamente relacionados à prática profissional; aprendizagem por métodos colaborativos; adaptação de programas de formação às necessidades de aprendizagem identificadas pelos profissionais; incorporação de tipologias e metodologias de ensino avançadas que produzam impacto sobre o desenvolvimento organizacional; e, acima de tudo, atendimento às necessidades dos cidadãos.

A operacionalização dos planos de desenvolvimento profissional dos trabalhadores realiza-se pela utilização de uma plataforma informatizada, projetada especificamente para atender à gestão dos planos de maneira descentralizada, interativa e autônoma, por cada departamento ou unidade do sistema de saúde. O aplicativo contém catálogos de competências e de boas práticas inerentes às principais linhas estratégicas do sistema de saúde, bem como de competências relacionadas às atribuições de cada profissional, associadas a padrões de qualidade – figura 3.

Figura 3 – Plataforma de gestão dos planos de desenvolvimento profissional



Paralelamente ao delineamento dos planos de desenvolvimento profissional, realiza-se o ciclo de acreditação das competências de cada profissional, esse subdividido em três etapas. Após a realização dos procedimentos formais que darão início ao ciclo, o profissional, utilizando o sistema informatizado, conduz a fase de auto-avaliação. Baseado no mapa de competências, nessa fase, o profissional avalia o seu desempenho à luz do domínio e das competências a ele estabelecidas, considerando os padrões de qualidade previstos para cada uma das competências. Além disso, estrutura com auxílio de seus tutores, o plano de desenvolvimento profissional a ser concretizado ainda durante essa fase, por atividades de formação como estudos de caso, simulados, participação em cursos, entre outros. Tão logo percebe o domínio prático das competências trabalhadas, o profissional dá início à terceira fase do ciclo, a de reconhecimento. Nela, as competências são avaliadas e certificadas pelos tutores – figura 4.

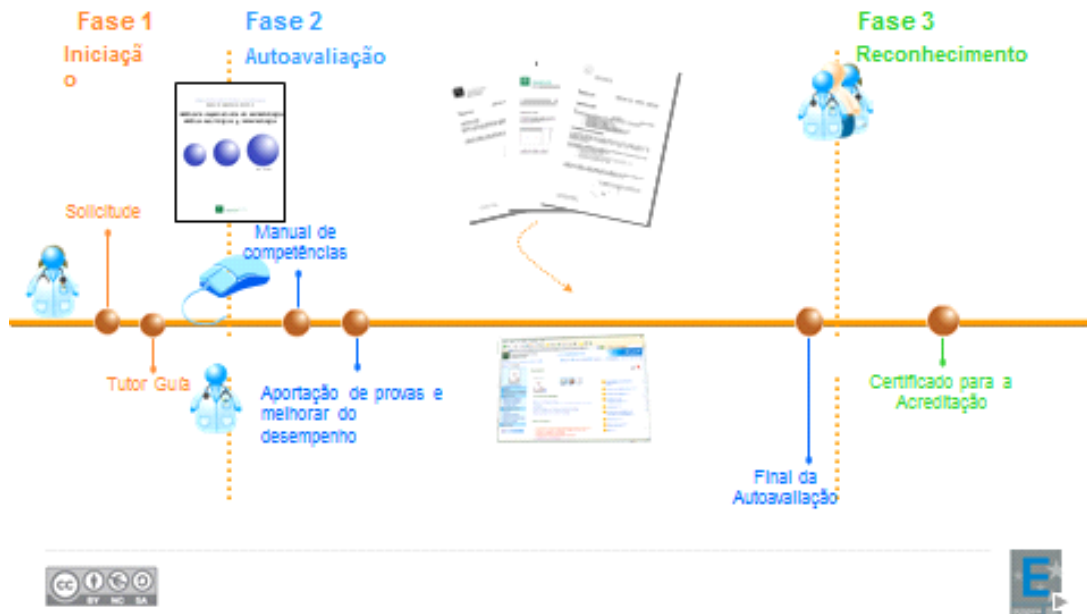
O ciclo de acreditação das competências

- é pautado na prática clínica diária;

- é consonante com a missão e os valores do sistema de saúde;
- é alinhado com as estratégias de qualidade;
- conta com a participação de especialistas e de sociedades científicas;
- tem a autoanálise baseada na prática individual;
- busca identificar gargalos de desempenho e estabelecer planos para o alcance de melhorias;
- modifica a prática dos cuidados;
- concebe o profissional como gestor do seu processo;
- é adaptável a circunstâncias individuais;
- é dinâmico, permite o surgimento de mudanças e novas funcionalidades;
- permite intercâmbio de informações relacionadas as boas práticas entre profissionais
- conta com ferramenta informatizada e tutoria pessoal.

Fase 4 – Ciclo de acreditação de competências

Processo de Acreditação



A acreditação das competências profissionais, em Andaluzia, é a chave para o exercício de uma carreira profissional voltada à promoção contínua do desenvolvimento profissional, à melhoria da qualidade dos serviços pelo aperfeiçoamento do desempenho de cada trabalhador, e à produção de consequências retributivas. Pressupõe, para sua concretização, o emprego de cinco ferramentas distintas, mas interligadas entre si: plano de desenvolvimento profissional, mapa de competências, banco de ações formativas, catálogo de boas práticas e programa de acreditação de centros e unidades de formação profissional. Ao longo de sua trajetória histórica, iniciada em 2006, a gestão por competência de Andaluzia mapeou 74 (setenta e quatro) categorias profissionais e desenhou quase meio milhão de boas práticas.

A REGULAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE IMIGRANTES E DOS PROCESSOS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Carlos Vassallo

Professor – Universidade de Bolonha – sede Buenos Aires

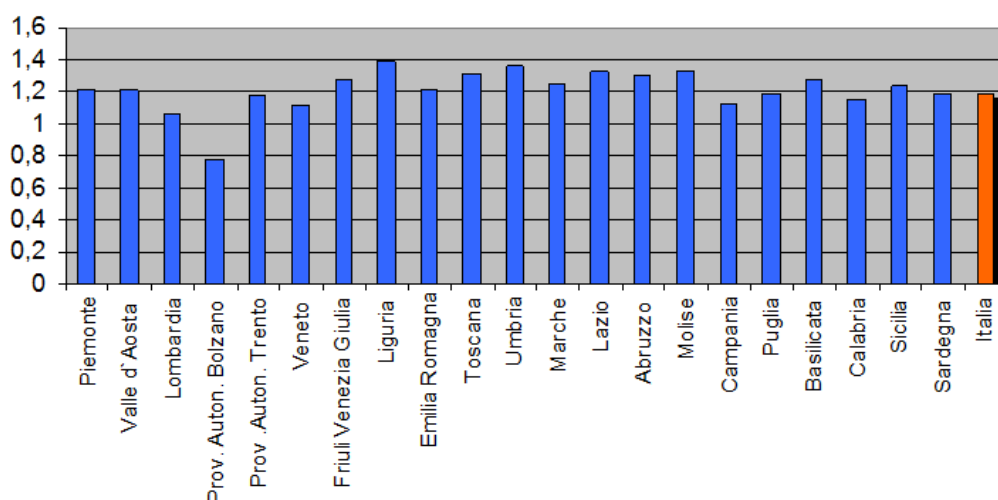
A medicina, como se sabe, é uma das profissões mais antigas da humanidade. Nos tempos atuais, vivencia um forte processo de transformação em decorrência das transições sanitárias. Um novo perfil para a classe médica emerge, repercutindo mudanças nos sistemas de saúde como um todo. Hoje, a formação em medicina caminha-não mais por um modelo fechado, limitado a conhecimentos anatômicos e patológicos inerentes às especialidades médicas, mas sim, por um modelo aberto, multidisciplinar. O médico do futuro, além de dominar conhecimentos técnicos diretamente relacionados à sua especialidade, deverá ser capaz de responder à evolução das necessidades dos pacientes e do sistema de saúde. O perfil médico se transforma pelas transformações dos sistemas de saúde. O médico do futuro deverá, além de dominar conhecimentos técnicos científicos inerentes à profissão, ser capaz de comunicar-se adequadamente com os pacientes, de trabalhar em equipe, e de enfrentar o forte conflito entre trabalhar no setor público e trabalhar no setor privado.

As grandes discussões em torno da formação desse novo profissional estão vinculadas à temática da regulação e da migração. Se por um lado há discussões em torno do processo de mudança em relação à formação profissional, sobre o qual, abordam-se temas como residência médica, formação prática ou educação continuada, por outro lado, debate-se o tema da migração à luz da integração da União Europeia. No bojo dessas discussões, é imprescindível que todos os atores estejam interligados para que se possa promover o diálogo, o consenso e, conseqüentemente, resultados efetivos à organização e ao funcionamento dos sistemas de saúde.

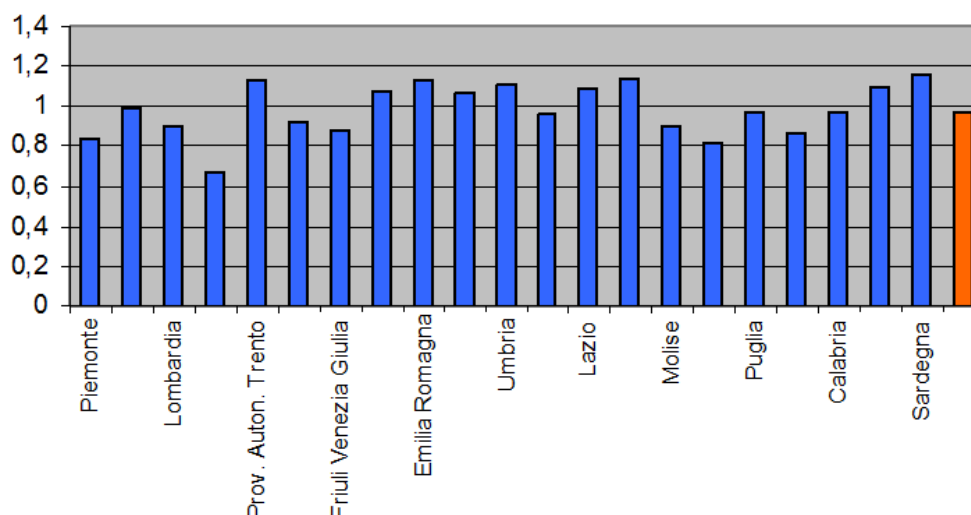
A demografia atual da classe médica na Itália revela um total aproximado de 330 mil médicos, sendo 47 mil médicos generalistas, 104208 médicos especializados atuando em hospitais, e 20 mil em processo de especialização. A idade média dos profissionais é muito elevada. O número de médicos nascidos a partir de 1957, nos dias de hoje, reduz-se significativamente, devido aos poucos incentivos profissionais e aos baixos salários. A grande maioria dos médicos decide aposentar-se tão logo os empecilhos legais são eliminados. Cada vez mais, aumentam número de médicos engajados ao setor privado.

Desde a reforma de 99, médicos generalistas e pediatras são profissionais autônomos, vinculados ao sistema de saúde por contrato de exclusividade, responsáveis por avaliar as reais necessidades de assistência dos pacientes e por coordenar e integrar os procedimentos de acesso a outros serviços. Remunerados com base no número de pessoas atendidas, apresentam forte tendência em trabalhar também no setor privado, fato que resulta no cumprimento de uma jornada de trabalho equivalente a sete/ doze horas diárias.

O gráfico abaixo demonstra a distribuição de médicos generalistas para cada um mil habitantes acima de 14 anos – dados de 2005.



Por sua vez, o gráfico a seguir revela a distribuição de pediatras para cada mil crianças entre 0 e 6 anos de idade- dados de 2005.



Na Itália como um todo, a média de médicos generalistas é de 0,95 para cada mil habitantes maiores de 14 anos; e de pediatras é de 1,99 para cada mil crianças entre 0 a 6 anos; ambos indicadores com tendência crescente.

A reforma de 99, uma reforma do sistema de atenção primária, obrigou os médicos a optarem em trabalhar no setor público ou no setor privado. Hoje, funciona relativamente bem, um sistema híbrido de relação de trabalho. Os médicos que trabalham no setor público exercem sua profissão no setor privado em um sistema intramuros. Recebem o paciente privado nas unidades de atendimento público, após o expediente de trabalho, cobram honorários médicos, destinando 30% do valor recebido ao setor público.

Além disso, a reforma de 99 estabeleceu os pré-requisitos para as funções de direção - diretores e chefes de serviço, determinando que os ocupantes do cargo trabalhassem exclusivamente no setor de saúde nacional, assinassem contratos de trabalho nos quais estivessem especificadas metas de produção, e tivessem os seus

desempenhos avaliados pelos colegas a cada cinco anos. O processo de educação permanente instituído pela reforma obrigou os profissionais a definirem um caminho de formação permanente e criou comitês de formação contínua que credenciam provedores de formação.

Em relação à regulação profissional, os organismos reguladores italianos são o Governo e suas instâncias, as ONGs e os colégios médicos. Concluído o curso de graduação, todos os profissionais se submetem a um exame nacional que os licencia à prática profissional. Uma vez considerado apto no exame, o profissional deve, obrigatoriamente, se filiar a Ordem dos Médicos para poder exercer sua profissão.

Nenhum profissional pode trabalhar no setor público ou privado sem, obrigatoriamente, especializar-se. As atividades de especialização são oferecidas por escolas de especialização, vinculadas às universidades. Os médicos generalistas especializam-se após dois anos de prática profissional. Uma vez adquirido o título de especialista, o profissional pode ser selecionado para trabalhar temporariamente em um hospital público, por período não superior a oito meses. Para estabelecer vínculos permanentes com o Estado, o profissional deve submeter-se a concurso público de provas e títulos. Quanto à educação continuada, os profissionais recebem créditos, concedidos pelo Ministério da Saúde, pela participação em atividades de formação, inclusive sessões “ad hoc”.

O controle deontológico ou a tomada de medidas disciplinares são competência da Ordem dos Médicos, organismo que, inclusive, tem o poder de decidir pela expulsão do profissional da classe médica e pela perda definitiva de seu título profissional.

A estrutura de regulação da profissão médica comporta uma série de instâncias: os instrumentos normativos de caráter regulador – leis de regulação sobre assistência em saúde, novos medicamentos, epidemiologia e serviços sanitários; os organismos de acreditação do conhecimento, dependentes do

Ministério da Saúde, esse responsável por conceder créditos às atividades de formação continuada, essas de caráter optativo; os sindicatos, responsáveis por negociar com as autoridades locais, regionais e centrais, remuneração e condições de trabalho; e a Ordem dos Médicos, que representa os médicos diante das autoridades em tudo aquilo relacionada à assistência.

A migração profissional e o processo de integração

Ivy Lynn Bourgeault
Instituto de Saúde da População

A migração de profissionais de saúde não é um fenômeno novo. A literatura aponta diferentes aspectos responsáveis pela ocorrência do fenômeno, entre eles, baixa remuneração, más condições de trabalho, sobrecarga de trabalho, falta de oportunidades de desenvolvimento profissional (por exemplo, carência de programas de educação/formação continuada), falta de progressão funcional; nepotismo nos processos de recrutamento e de promoção; fracos sistemas de saúde; insegurança social incluindo a violência no local de trabalho; instabilidade política/guerras civis, pobreza generalizada, má governança.

Sugere ainda fatores responsáveis por atrair os profissionais a exercerem sua profissão nos países desenvolvidos: elevada oferta de emprego, melhor remuneração e condições de trabalho, maior qualidade de vida, disponibilidade de informações, fácil acesso à comunicação e à tecnologia, métodos de recrutamento agressivo e oportunidades de crescimento intelectual e profissional.

O fluxo migratório dos profissionais de saúde é intrinsecamente relacionado às decisões políticas tomadas não apenas pelos países de origem, mas também

pelos países de destino. Levantamento de dados aponta que no Canadá, nos EUA, no Reino Unido e na Austrália, os governos e os empregadores tendem a priorizar a efetivação de recrutamentos internacionais, ao invés de focar esforços na solução dos problemas subjacentes à escassez de mão de obra. Pesquisas revelam que, apesar desses quatro países possuírem similaridades em relação à representação do problema e das soluções potenciais – áreas carentes, questões relacionadas à segurança e à qualidade dos serviços e questões éticas – enfatizam os problemas e as soluções de maneira diferente. Canadá, EUA e Austrália utilizam o recrutamento internacional para enfrentar a escassez de mão de obra, mesmo cientes de ser esse uma solução temporária, ofertando estímulos como isenção de visto(EUA), licença temporária para trabalho (Austrália); recrutamento direto e recrutamento passivo.

Revisão bibliográfica sobre o tema, realizada por Grobler et al, revela uma variedade de estratégias- educacionais, financeiras, regulatórias e de apoio – adotadas pelos países para aumentar o quantitativo de profissionais de saúde nas áreas carentes de mão de obra. Embora algumas das estratégias tenham revelado aspectos promissores, a revisão de literatura não encontrou nenhum estudo adequadamente desenhado para concluir ser uma determinada estratégia eficaz ou não. Grobler L, M. B., Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J (2009). ***"Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review)."*** *The Cochrane Library*(4): 1-26.

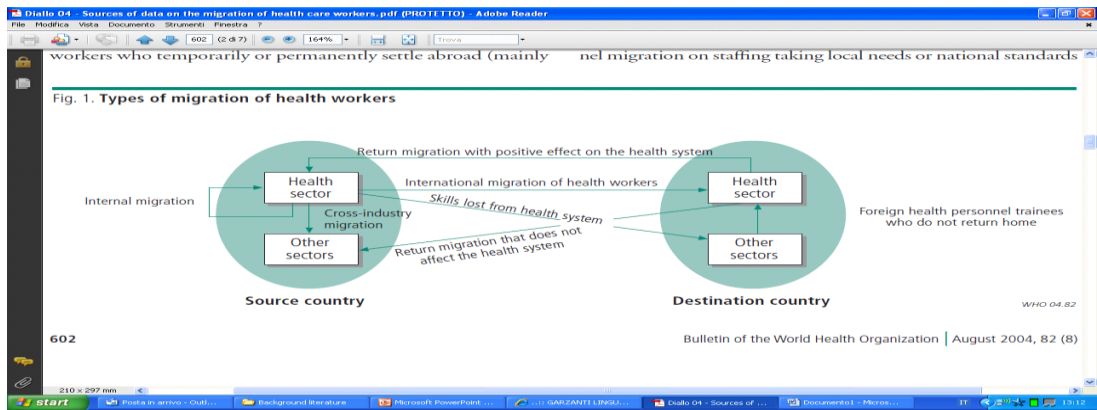
Análise dos aspectos que levam estudantes, após concluírem seus cursos de formação, migrarem para as áreas rurais sinaliza três fatores principais: vivência, especialmente educacional, no meio rural; vivência de experiências clínicas positivas durante a graduação, e formação orientada para a prática rural, em nível de pós-graduação, incluindo programas de residência médica voltada para áreas rurais. Muitas dessas estratégias têm sido adotadas no Canadá.

Análise da relação existente entre o quantitativo de profissionais de saúde e os custos do setor saúde e a carga de doenças dos países revela, como demonstra o gráfico abaixo, que as Américas – Canadá e os Estados Unidos – possuem a maior força de trabalho em relação à carga de doenças da população.

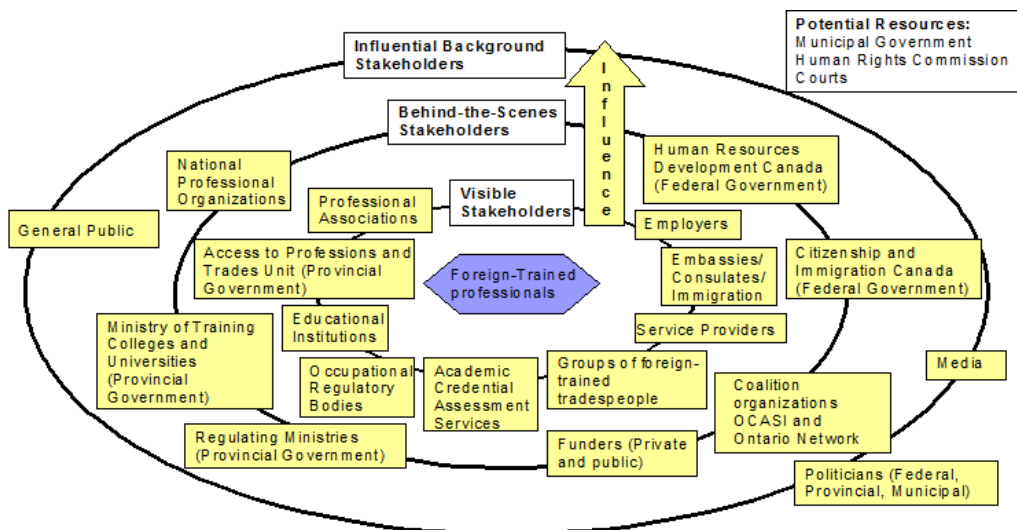
Figure 1.2 Distribution of health workers by level of health expenditure and burden of disease, by WHO region



Vale salientar que a migração dos profissionais de saúde envolve uma série de fatores que a configuram uma problemática mais complexa daquela que aparenta ser, como mostra modelo proposto por Diallo (2004), ilustrado a seguir. Migrar para outro país e não exercer a profissão, como acontece no Canadá, retornar ao país de origem provocando consequências ao setor saúde do país hospedeiro, migração interna exemplifica esse rol de fatores.



Esses fatores, associados à mobilização que o recrutamento internacional acarreta a diferentes atores sociais no país hospedeiro, como ilustra a figura a seguir, impede a banalização de uma questão tão complexa.



O Canadá, historicamente, para lidar com a escassez de mão-de-obra e para preencher o quadro de profissionais do seu sistema de saúde nos locais de difícil acesso, sempre contou com a migração de profissionais do setor saúde internacionalmente qualificados. Apesar dos bons resultados alcançados com essa prática, constata-se problemas, dos quais podemos enfatizar, além do idioma e

das diferenças entre as práticas de assistência e de supervisão entre o país de origem e o Canadá, o despreparo de alguns profissionais para exercer a sua profissão no país. Essa situação gera consequências não apenas para o Canadá – como os custos do trabalho perdido com a efetivação do processo de migração ou não preenchimento da demanda de profissionais -, como também para o país de origem.

Em relação ao processo de integração ao sistema de saúde canadense, o credenciamento dos médicos internacionalmente qualificados para o exercício profissional prevê aprovação em uma prova em nível de conclusão da graduação em medicina, aprovação em uma bateria de exames padronizados, realização de uma pós-graduação na área médica com duração de um a cinco anos, e aprovação no exame de certificação em Medicina de Família - provido pelo Colégio de Médicos de Família do Canadá(CFPC) -Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá (RCPSC). Esse processo sofre pequenas variações entre uma província e outra.

Por sua vez, o processo de credenciamento na área de enfermagem envolve o registro na entidade reguladora, localizada na província em que se dará o exercício profissional, a avaliação da certificação do profissional, e, aprovação em um exame específico – *Canadian Registered Nurse Examination* (CRNE) ou, se em Quebec, *l'Ordredes In firmieres in firmiers et du Québec* -. Muitos enfermeiros se credenciam para trabalhar em mais de uma província.

Apesar dos desafios que os profissionais internacionalmente qualificados se deparam no caminho para a integração profissional, os médicos, provavelmente, enfrentam dificuldades mais significativas. O longo e complexo processo de credenciamento faz com que os profissionais levem vários anos para completar as etapas necessárias ao seu licenciamento. Associa-se a isso, o número limitado de vagas nas residências médicas disponíveis aos profissionais estrangeiros e o

sentimento vivenciado pelos profissionais de que o processo de integração não depende de suas competências e habilidades pessoais, mas sim do sistema.

De maneira geral, os enfermeiros têm maiores chances de se integrarem ao sistema de saúde canadense. No entanto, são mais propensos a trabalhar em posições abaixo do seu nível de qualificação e experiência. Essa situação agrava-se pelas dificuldades existentes quanto à equiparação curricular. No Canadá, há três titulações distintas para a profissão de enfermagem, cada qual com descrição profissional e piso salarial específico. Em muitos países, profissionais formados em enfermagem recebem apenas uma titulação.

Alguns fatores propiciam o processo de integração ao sistema de saúde: a quantidade de acordos estabelecidos, antes da imigração, com os profissionais sobre o processo de integração; a quantidade e qualidade de informações disponibilizadas aos profissionais ao longo de todo o processo de integração; programas de adaptação voltados ao aperfeiçoamento de competências e habilidades profissionais, como também a aspectos relacionados à adaptação ao sistema de saúde e aos padrões culturais do país hospedeiro.

MESA REDONDA

A REGULAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE ÀS TRANSFORMAÇÕES E NECESSIDADES DA SOCIEDADE

Coordenadora - Celia Regina Pierontoni, - Professora associada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Antonio Torres Oliveira

Diretor da Agência para a Qualidade de Saúde da Andaluzia – Espanha

A formação profissional é fundamental para a obtenção de profissionais competentes, que possam oferecer a melhor assistência possível ao atendimento das necessidades do cidadão. O objetivo prioritário, dos serviços de saúde, é prestar um serviço de qualidade. Para tanto, a formação profissional é um elemento estratégico.

Abordar o tema formação requer, necessariamente, focar três níveis específicos de capacitação: a graduação de uma profissão regulada, geralmente efetivada em universidades; a pós-graduação, que na Espanha, assim como na Itália, ocorre nos serviços de saúde públicos; e a educação continuada, a ser desenvolvida pelo profissional por toda sua vida, para que se possa manter a competência profissional e o oferecimento da melhor prestação de serviço possível.

Na Espanha, nos cursos de graduação, o Departamento de Saúde, mediante a realização de acordos com universidades, incorpora, à grade curricular,

elementos e introduz disciplinas de caráter opcional, geralmente relacionadas à temática da qualidade da prestação dos serviços. São oferecidas disciplinas que possuem conteúdos importantes, como entrevista clínica ou qualidade e segurança do paciente. Quanto à pós-graduação, o Ministério da Saúde possui centros credenciados, que fornecem formação a médicos residentes de altíssima qualidade. Além disso, são oferecidos programas paralelos e complementares, em cursos de especialização. Além disso, por meio de acordos entre universidades, hospitais e centros de saúde, possibilita-se aos profissionais adquirir capacidade de docência para que possam atuar como tutores na formação de outros profissionais. O profissional de saúde, na Espanha, é capacitado em três campos distintos, o da assistência, o da pesquisa e o da docência. O domínio desses três campos é fundamental para que se obtenha um profissional competente. Além disso, a formação multidisciplinar é enfatizada pela existência, nos cursos de formação, de docentes com diferentes formações acadêmicas, como médicos e enfermeiros. Trata-se de uma experiência nova, realizada com o objetivo de mudar parâmetros culturais e atitudes profissionais. Tem-se como premissa que o enfoque à formação conjunta é fundamental ao alcance de bons resultados na assistência.

Em relação à educação continuada, parte-se do princípio de que as organizações de saúde são geradoras de conhecimento, e como tal devem ser consideradas no sistema de formação. O conhecimento tácito, ou seja, os saberes adquiridos pela experiência clínica, é mais frequente nas organizações de saúde. Por suas características, é um saber mais difícil de ser organizado, transmitido e difundido. Na Espanha, há um grande esforço, realizado por meio de ações de formação e de acreditação, para transformar o conhecimento tácito existente nos serviços de saúde em conhecimento explícito, um conhecimento que se pode identificar, organizar, comunicar e difundir.

O conhecimento explícito é difundido por meio dos mapas de competências, cujo conteúdo descreve competências, boas práticas e evidências. Por esse

instrumento, os trabalhadores conhecem as expectativas da organização e dos círculos profissionais e científicos, quanto ao desempenho profissional. Pelos mapas de competência, a competência profissional é descrita por padrões de desempenho, classificados como de alto, médio ou de baixo desempenho. A sua aplicação prática permite identificar lacunas de competência e definir planos de formação. Após processo de mensuração das competências, são estruturados programas de formação continuada e planos de formação diretamente vinculados às necessidades dos profissionais e da organização, esses com componentes qualitativos, pelos quais são estabelecidos os objetivos e os impactos esperados da ação de formação a ser desenvolvida. Pelas diferentes ações de formação, os profissionais obtêm créditos, que são incorporados ao currículo profissional e, posteriormente, utilizados nos processos de progressão funcional.

Para que ações como essas se tornem efetivas, são empregadas as melhores e mais sustentáveis metodologias docentes, potencializando-se, assim, resultados almejados. São utilizadas metodologias de aprendizagem não atreladas a mecanismos tradicionais de educação, como a educação a distância. Nos centros de simulação e treinamento profissional, profissionais clínicos adquirem habilidades como destreza e segurança, alcançando, assim, a competência necessária para o atendimento do paciente.

É preciso formar profissionais em processos clínicos com normas de qualidade. Os planos de formação precisam ter alta qualidade. Para tanto, devem empregar tecnologias e metodologias adequadas aos objetivos propostos. Por essa maneira conhecimentos explícitos, úteis e adequados são gerados, tornando as organizações de saúde mais seguras e confiáveis, prontas para atender o cidadão de forma adequada.

Maria Rosa Guimarães Loula

Diretora de Regulação da Educação Superior - Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior – MEC - Brasil

Inicialmente, é preciso refletir sobre a proporção entre o quantitativo de estudantes matriculados e o quantitativo de concluintes do curso de medicina no país. Em 2000, 55.486 (cinquenta e cinco mil, quatrocentos e oitenta e seis) alunos matricularam-se no curso de medicina e 8.004 (oito mil e quatro) graduandos concluíram o curso. Em 2011, o número de estudantes matriculados praticamente dobrou - cerca de 100.000 (cento mil), e o de concluintes correspondeu a aproximadamente 14.000 (quatorze) mil alunos. Observa-se que, apesar do aumento significativo do número de estudantes matriculados e do número de concluintes, o escore obtido não é suficiente para fazer frente ao crescimento populacional, a ampliação dos serviços de saúde e as crescentes demandas de saúde da população brasileira.

O Ministério da Educação (MEC) acompanha os cursos de medicina no Brasil, sem, no entanto, estabelecer, de fato, uma política regulatória que contemple a abertura e o funcionamento dos cursos. No país, os cursos de medicina concentram-se na região sudeste, especialmente em São Paulo (SP), em Minas Gerais (MG) e no Rio de Janeiro (RJ), região caracterizada pelo desenvolvimento econômico e pela concentração de renda. É preciso repensar o papel regulador do Estado.

A proporção de estudantes que ingressam no curso de medicina no Brasil é de 1,8 (um, oito) estudantes por 10.000 (dez) habitantes. Nos Estados Unidos, esse índice equivale à 1.6 (um, seis); na Inglaterra, à 1.5 (um, cinco) e, na Austrália, à 1.4 (um, quatro). O número de médicos por 1.000 (mil) habitantes, nos Estados Unidos, é de 2,4 (dois, quatro) médicos; no Reino Unido, de 2,7 (dois, sete); no Uruguai, de 3,7 (três, sete); em Portugal, de 3,9 (três, nove); na Espanha, de 4,0

(quatro); em Cuba, de 6,4 (seis, quatro), e, no Brasil, de 0,84 (zero, oitenta e quatro). Esses índices mostram que, no Brasil, a proporção médico/habitante é baixa, proporção essa, ainda menor conforme a região geográfica do país. Para se alcançar o índice de 2,7 (dois, sete) médicos por 1.000 (mil) habitantes, é necessário que o país possua mais de 168.424 (cento e sessenta e oito mil, quatrocentos e vinte e quatro) profissionais. Os indicadores sinalizam, não apenas a necessidade de melhorar os índices mencionados, mas também de se promover políticas regulatórias.

Análise sob o ponto de vista da distribuição territorial revela que o Distrito Federal é o ente onde há a maior proporção médico por 1.000 (mil) habitantes (3,46 – três, quarenta e seis médicos por 1.000 (mil) habitantes). No Rio de Janeiro, essa proporção equivale a 3,44 (três, quarenta e quatro); em São Paulo, a 2,49 (dois, quarenta e nove); em Tocantins, a 1,08; no Maranhão, a 0,58; em Goiás, a 1,45; no Acre, a 0,94; e, no Rio Grande do Sul, a 2,23. Por sua vez, a proporção do número de estudantes que ingressam no curso de medicina por 10.000 (dez mil) habitantes, no Distrito Federal, é de 1,11 (um, onze); no Rio de Janeiro, de 1,44 (um, quarenta e quatro); em São Paulo, de 0,67 (zero, sessenta e sete); em Tocantins, de 3,02 (três, zero dois); no Maranhão, de 0,39 (zero, trinta e nove); em Goiás, de 0,47 (zero, quarenta e sete); no Acre, de 0,55 (zero, cinquenta e cinco); e, no Rio Grande do Sul, de 0,89 (zero, oitenta e nove).

Pretende-se que, até 2017, se expanda a oferta de vagas nos cursos de medicina, nas universidades federais e privadas. O aumento do número de vagas contemplará tanto os cursos existentes, como aqueles a serem criados. O aumento do número de vagas dar-se-á de maneira gradual, paralelamente a contratações de novos docentes para as universidades federais. Até 2017, a meta é que sejam ofertadas 11.447 (onze mil, quatrocentos e quarenta e sete) vagas, sendo 7.730 (sete mil setecentos e trinta) vagas para cursos novos e 3.717 (três mil setecentos e dezessete) para cursos existentes. Desse total, 3.615 (três mil seiscentos e quinze)

vagas serão ofertadas por universidades federais, e 7.832 (sete mil, oitocentos e trinta e duas) por universidades particulares.

Antes da publicação da Política Regulatória para Medicina, qualquer Instituição de Ensino Superior (IES) podia encaminhar solicitação para a abertura de um novo curso de medicina ou para credenciar-se a ministrá-lo. Essa diretriz fez com que houvesse concentração dos cursos de medicina nas regiões geográficas de maior desenvolvimento econômico e social do país. A implementação da Política Regulatória impedirá que as IESs disponibilizem cursos de graduação onde desejarem. A oferta dos cursos de graduação passará a ser realizada por chamamento público, espécie de edital.

A oferta de graduações em medicina, por um determinado município, proporciona aperfeiçoamento do nível assistencial dos seus serviços de saúde. Essa constatação evidencia a importância de se alterar a oferta de cursos, tornando-a compatível às necessidades de profissionais de cada região geográfica do país. Atualmente, não há critérios para definir os municípios aptos a ofertarem graduações em medicina. Com a instituição da política regulatória, o MEC passará a utilizar como critérios para que se efetive a abertura de cursos de medicina, a região geográfica do município e seu grau de priorização, assim como a existência de equipamentos públicos de saúde e de atenção psicossocial. As IESs, a partir de uma relação de municípios pré-selecionados, disputarão, entre si, a possibilidade de oferecer o curso em um determinado município. Em contrapartida, caberá, ao município escolhido, disponibilizar a infraestrutura do SUS à entidade vencedora do chamamento público. Paralelamente, os cursos de medicina serão avaliados por instrumentos específicos, que contemplarão processos de monitoramento por uma comissão de especialistas.

Quanto à residência médica, tem-se por proposta promover a oferta “casada” entre residência médica e cursos de graduação. Adota-se, atualmente, um critério geral para todos os cursos. A proposta é que seja considerada a demografia

médica da região, o número de leitos e as residências médicas já existentes. Paralelamente, a integração entre teoria prática, por estágio ou internato, será acrescida de um tempo adicional, a ser realizado na atenção básica.

O processo de autorização para abertura de cursos ou credenciamento de IES se assemelhará a um processo licitatório. As IES concorrerão entre si, encaminhando propostas, após conhecimento prévio dos critérios de seleção; critérios relacionados a aspectos como análise mercadológica (relação valor da semestralidade por aluno; maior contrapartida em investimento para o SUS), aporte econômico da IES, tempo de credenciamento, indicadores de qualidade institucionais, experiência na área de saúde, atuação regional, estrutura e equipamentos (número de leitos disponíveis por aluno - maior ou igual a 5 (cinco); número de alunos por equipe de atenção básica - menor ou igual a 3 (três); existência de estrutura de urgência e emergência; existência de pelo menos 3 (três) programas de residência médica nas especialidades fundamentais (clínica médica; cirurgia geral; ginecologia-obstetrícia; pediatria; medicina de família e comunidade).

Trata-se de uma política inovadora, em fase final de delineamento, cujo conteúdo tem sido objeto de audiências realizadas no MEC.

Luiz Roberto Liza Curi

Câmara de Educação Superior - Conselho Nacional de Educação – MEC -Brasil

O Ministério da Educação (MEC) - atua em todos os níveis educacionais com suas respectivas secretarias. A Secretaria de Educação Superior (SESU) - é a unidade do MEC responsável por planejar, orientar, coordenar e supervisionar o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Educação Superior, mediante a implantação de diversas políticas destinadas ao setor público. A Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior (SERES) - é

responsável pela regulação e supervisão de Instituições de Ensino Superior (IES), públicas e privadas, de cursos superiores de graduação e de pós-graduação lato sensu, na modalidade presencial ou a distância. Sua organização, mais flexível, foca aspectos específicos do processo regulatório da educação superior. Este processo é uma tarefa imensa, gera muitas demandas, e requer a realização de diversas ações.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) – é um órgão de Estado, criado por lei específica, cujos membros são escolhidos pelo Presidente da República. Ele tem a finalidade de colaborar na formulação da Política Nacional de Educação e de exercer atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro da Educação. Cabe ao CNE deliberar acerca dos processos formadores. Há forte interação entre o CNE e o MEC, no que diz respeito ao próprio sustento do conselho e aos processos dinâmicos e decisórios. O órgão trabalha em estreita articulação com o MEC, recebendo demandas ou apresentando políticas. Suas decisões são passíveis de homologação pelo ministro. Quando não homologadas, voltam ao CNE, para que sejam reformuladas, respeitando-se, assim, seu caráter de construção, por consenso. Deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo MEC, tem sido uma questão central do CNE. Desde 1997, o processo de regulação vem sendo gerido basicamente por um conjunto de atos avaliativos.

A Câmara de Educação Superior (CES) – tem, como atribuição essencial, deliberar, periodicamente, sobre o processo de credenciamento e credenciamento de universidades e de IESs. O CNE atua como instância recursal àqueles cursos cujo credenciamento tenha sido negado pelo MEC.

Anteriormente, a regulação era realizada de uma forma bastante cartorial, motivada por atender despachos diretos e políticos. Estabelecia-se um currículo mínimo a ser cumprido pelas IESs. O de engenharia, em 1997, datava de 1950. O de educação física era da década de 60. Não havia conexão entre currículo e profissão,

currículo e sociedade, ou currículo e mercado. Tinha-se a impressão de que o currículo independia das influências da sociedade ou do mercado. Tratava-se de uma verdade quase ideológica, que se tornou visível apenas quando houve a destituição dos currículos mínimos e a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). A nova Lei de Diretrizes Básicas (LDB) - possibilitou que a avaliação passasse a ser protagonista dos processos de expansão, por exemplo, ao tornar os currículos passíveis de regulação.

As DCNs, para cursos da área da saúde, começaram a ser delineadas a partir de 1997, por um processo de ordenação curricular. A comissão do CNE/CES analisou as propostas de DCNs dos cursos de graduação da área de saúde, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESU ao CNE. Para tanto, empregou, como referência, os seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde; Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA; instrumentos legais que regulamentavam o exercício das profissões da saúde, entre outros. O SUS, atualmente, é um forte orientador do processo formativo. A articulação do curso com políticas públicas setoriais e intersetoriais é parte do procedimento da diretriz curricular.

As diretrizes curriculares buscam, atualmente, permitir que os currículos propostos possam construir um perfil acadêmico e profissional, no qual competências, habilidades e conteúdos estejam traçados dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais. Buscam formar profissionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, sem deixar de considerar o processo da reforma sanitária brasileira.

É preciso levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender. Tal vertente engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer. Garante a capacitação de profissionais autônomos e com discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

O processo para a derrocada final do currículo mínimo foi bastante intenso. A implantação das DCNs da saúde contou com ampla etapa de discussão, fato que fez com que, no processo de elaboração, participassem vários atores sociais, professores, profissionais, agentes da política de saúde, usuários, representantes de conselhos de saúde, entre outros. É importante salientar que qualquer diretriz deve ser vista como um parâmetro, não como determinante de um currículo a ser seguido identicamente por quaisquer IES. As DCNs tiveram, como premissa, flexibilizar a formação, possibilitando a cada IES se expandir, se diferenciar e renovar seus projetos político pedagógico. As DCNs são renovadas periodicamente, para incorporar novos elementos decorrentes das transformações culturais, sociais e econômicas.

A estrutura das diretrizes leva em consideração o perfil do formando egresso/profissional; competências e habilidades; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso e, também, acompanhamento e avaliação. As competências e habilidades englobam atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração, gerenciamento e educação permanente. A comunicação é um aspecto amplo e importante, pois vai desde o domínio da língua até a apropriação do significante do significado. O estudante necessita, no processo formador, da apropriação semântica, para que saiba lidar com a linguagem específica de sua profissão.

A estruturação das DCNs, na área da saúde, realizou-se por um processo muito interessante e rico. Foi possível trabalhar o aprendizado por meio da problematização de problemas, pela metodologia da ABL. Cerca de 50 (cinquenta) universidades (cerca de 30%) utilizam a PBL, sendo a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) -uma daquelas que pratica o aprendizado por meio da problematização ativamente.

Antes da implementação das DCNs, os cursos eram reconhecidos uma única vez, e os currículos não eram avaliados. Existiam cursos de universidades públicas reconhecidos na década de 30, que nunca tinham sido avaliados. No setor privado, o contexto era o mesmo. Havia cursos antigos de medicina, que foram credenciados uma única vez.. O resultado dessa prática era nocivo ao controle social, pois inexistia avaliação, um instrumento essencial da política pública. A avaliação deve ser uma informação pública, publicada, útil ao exercício do controle social. A exigência de renovação do credenciamento é um aspecto relevante na regulação. Diante dela, a IES é estimulada a atualizar seus currículos, para que não tenha sérios problemas para renovar seu credenciamento.

Nos cursos da área da saúde, os princípios das diretrizes curriculares tiveram, como foco, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS: fortalecer a articulação da teoria com a prática; estimular práticas visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional; incentivar uma sólida formação geral, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa; encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar.

As DCNs para cursos da área da saúde foram aprovadas em 2001. Sua revisão é essencial. Debater sobre um ciclo consiste em, simplesmente, rever a melhor perceptiva da melhor apropriação do processo formativo. As pessoas não

se formam apenas para ter um diploma. O censo conta quantas vagas existem no Brasil, aproximadamente sete (sete) milhões. Na área de engenharia, apenas 25% dos egressos trabalham no setor. Não faltam diplomados, mas sim engenheiros. Na saúde, faltam diplomados e profissionais. Essa falta não é apenas numérica, mas também curricular.

O aluno deve ser formador de conhecimentos, não um ser que absorve o que o professor fala em sala de aula. Deve ser um ativo participante do processo de ensino/aprendizado. Todo aluno deve ser capaz de gerar conhecimentos, pois, assim, futuramente, possuirá autonomia intelectual e profissional. A LDB preconiza que a escola forme diplomados e não profissionais. É importante notar a forte articulação entre estímulo curricular e formação profissional.

A questão não é apenas apreciar a escola, o curso, o desempenho do conhecimento, mas também avaliar a instituição. Pelo ENAD, os estudantes, ao atribuírem uma nota a um determinado curso, tornam possível o controle social da formação do aluno. Quando há grave abandono dos cursos superiores, o país perde. O índice de evasão na educação superior, nos últimos anos, gerou déficit de 2(dois) bilhões de dólares ao país.

No curso de medicina, as vagas concentram-se nas regiões sul e sudeste. A grande maioria dos profissionais se forma de maneira desvinculada ao SUS. A diretriz curricular congrega princípios, que vão influenciar o perfil do egresso. Atualmente, os cursos de medicina possuem carga horária de 7.200 (sete mil e duzentas) horas, com 35% delas voltadas à prática (cerca de 2.000 (duas mil) horas). É preciso avaliar se essa quantidade é suficiente, e como elas devem ser realizadas. É a partir da boa experiência no sistema público, que o médico vai ser um ator relevante no privado. A vocação da escola pública é formar médicos de boa qualidade, vinculados à política nacional de saúde.

O MEC está refletindo sobre a política pública de saúde e a melhor alternativa de formação. A formação continuada é uma proposta inclusiva no processo de revisão curricular. Trocar o segundo ciclo pela residência é uma decisão inteligente. Os dois anos propostos de ampliação do tempo de formação, que também poderá ser operacionalizado como programa de residência, pois todo programa de residência contém aspectos da política de saúde, é uma proposta interessante.

O edital é uma forma de direcionar o processo de expansão e regulação dos cursos. Anteriormente, os cursos eram propostos em decorrência da motivação das mantenedoras, ou como meio de incentivo, pelo oferecimento de recursos do orçamento público da União. É preciso garantir a intersetorialidade na expansão curricular, pois, assim, formam-se profissionais voltados para a inovação e para o SUS. Mudar a expansão na perspectiva do edital significa qualificar, permitir que os currículos possam implantar vocações específicas para as diferentes regiões, propor diversidades. O edital vai incentivar diferenças que são bem vindas, proporcionar riqueza formativa, estimular que, no país, existam indivíduos com perfil adequado às exigências da sociedade.

DEBATEDORES

Carlos Rodrigues da Silva Filho

Professor - Faculdade de Medicina de Marília-São Paulo-Brasil

Este evento acontece em momento oportuno. Minha contribuição será como *trabalhador de chão de fábrica*, que de forma desesperada e esperançosa, vem a

algum tempo dando sua contribuição de *formiga* para a mudança deste Estado, como professor do curso de medicina na área de clínica médica.

A Faculdade Estadual de Medicina e Enfermagem de Marília, juntamente com a Universidade de Brasília (UNB) e outras duas financiadas pela Fundação Kellogg (1993/1994), pelo Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa), deu o primeiro passo em direção a mudar o modelo pedagógico no curso de medicina. A adesão ao método de ensino ABP foi inovadora. Apesar de ser uma metodologia ativa, essa, porém, não mostrou-se necessariamente ser uma metodologia progressista, uma vez que seu resultado depende, diretamente, do tipo de problema a ser simulado, do assunto a ser discutido, da forma como acontecerá à discussão. Lançamo-nos nessa experiência, um avanço na educação médica, desenvolvendo uma metodologia ativa, extinguindo aulas para grandes grupos e promovendo a intersecção precoce com o sistema de saúde. A cidade de Marília, por possuir experiência em gestão plena, atualmente semiplena, acreditava não ser possível, dentro dos hospitais, adotar metodologias de ensino tradicionais, forjar a formação do profissional médico. Assim, tem caminhado em outra direção, sem, no entanto, conseguir alterar substancialmente a especialização precoce e a busca por especialidades.

Em 2007, após longa estadia no exterior, observei o interesse de um grande número estudantes pela residência em clínica médica, uma especialidade praticamente em extinção. Tal motivação decorria da mudança de regras, que estabeleceram uma nova exigência para que os estudantes se especializassem, realização de dois anos de residência em um programa geral. Naquela época, houve um reacender da disciplina. Entretanto, atualmente, frente a demanda do mercado, não é mais possível formar internistas, uma vez que os estudantes migram para uma especialidade específica.

Minha carreira se confunde com a instalação do SUS. Assisti a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), assim como a tentativa de inserir no currículo disciplinas como sociologia e antropologia, com o objetivo de despertar a empatia pelo ser humano. Vi a criação dos departamentos de Medicina Preventiva, que desincumbiram o restante da corporação a trabalhar com prevenção, permitindo-lhes voltar apenas para as doenças. Observamos, na formação do profissional de saúde, que, a cada nova iniciativa para se contemplar uma dificuldade específica, há uma contra-iniciativa que faz com que as intervenções passem a ser pontuais.

A experiência de Marília influenciou as DCN -, ao sugerir mudanças nos cursos de medicina e ao propor projetos indutores, como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Houve enorme esforço do aparato público, principalmente da SEGERTS e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES), apoiados pela OPAS, para formular políticas públicas capazes de orientar a gestão, a formação, a qualificação dos trabalhadores e a regulação profissional na área da saúde no Brasil. Na última avaliação em que participei como membro avaliador, pude perceber a terrível dificuldade de institucionalizar projetos nos cursos e instituições quando o financiamento indutor vai se extinguindo. Não se pode deixar de reconhecer um esforço enorme de formatação, via IES, da área da saúde, para que a formação profissional se realize de forma compatível às necessidades de saúde da população e do SUS.

Como alternativas reguladoras parciais foram implantados, na área da saúde, projetos indutores de articulação ensino/ serviço, como o PROVAB, e projetos voltados para a humanização das profissões (sistema de cotas raciais e sociais nas universidades federais). Vários projetos foram criados, sem que de fato

conseguíssemos atingir aquilo que a população de forma organizada, colocou na agenda nacional, nas manifestações do mês de junho próximo passado. Estamos discutindo com maior intensidade o Mais Médico e a necessidade conjuntural de importação de profissionais, porque, apesar da concepção do projeto há muito tempo, esses não foram adequadamente comunicados à sociedade. A demanda da sociedade aponta que, apesar de todo esforço, muito pouco se conseguiu na tentativa de implementar uma formação do profissional marcada pela aquisição de conhecimentos e práticas generalistas e resolutivas, mesmo em ambientes de baixa densidade de tecnologias em saúde. Houve um esforço cotidiano de formar profissionais da área médica voltados às necessidades da sociedade.

Nesse contexto, a questão da regulamentação do Ato Médico não só é contemporânea, mas contraditória. Dialeticamente, ao expandir de forma desproporcional o escopo de prática, passa a demandar médicos para a realização de atos e gestos absolutamente desnecessários de serem executados por profissionais médicos. A corporação não apenas propôs restringir a ação de outros profissionais de saúde, mas também dificultou, terrivelmente, a operação do SUS. Com o Ato Médico, o país recebeu a seguinte mensagem “somos poucos e queremos aumentar nosso escopo de prática, restringindo aos outros profissionais, inclusive, os atos que não precisaríamos fazer.... logo não se precisa só de um pouco mais de médicos não, precisamos muitos mais....mas nossa proposta é restritiva....não vamos para áreas de difícil recrutamento e fixação, mas não deixamos ninguém ir....só permitimos a importação de profissionais que passarem no Revalida.... e queremos impor á nação nossa agenda, desvinculada das necessidades na sociedade”. Felizmente, o Estado brasileiro reagiu a tempo.

O debate sobre a *importação* de médicos pelo Brasil, principalmente promovido pela mídia conservadora, peca pelo fundamentalismo, pelo viés ideológico conservador e por tentar dar soluções simples a problemas extremamente complexos. Quais são as evidências e necessidades que se busca

atender ao levar profissionais de saúde para áreas remotas? O país também precisa recrutar pessoas com perfil diferenciado, com outra experiência cultural, que ao se formarem, voltaram-se para prestar serviços à população na sua região de origem. Além disso, é necessário o apoio efetivo aos profissionais que se dispõem a fazer o que a média da população médica não está disposta a fazer. Em uma situação complexa, não existem soluções simples, intervenções únicas. Para a construção social de um país, que se diz distributivo e está preocupado em discutir esses problemas, é necessário intervenções múltiplas, planejamento e diálogo franco.

Por ser colaborador do Banco Nacional de Itens (BNI), contribuí para a realização do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos, expedidos por Instituições de Educação Superior- Revalida. Como avaliador do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), e membro da Comissão Nacional de Residência Médica, tive oportunidade de conhecer algumas contradições que devem ser enfrentadas, como o aperfeiçoamento e o alinhamento dos instrumentos de avaliação de cursos e de residências, porta única de entrada para a certificação de especialistas. Não vejo nesse novo cenário, nenhuma chance da AMB, por exemplo, continuar a certificar especialistas. Esse papel deve ser exclusivo, inclusivo, e transparente do Estado brasileiro. Há pouco tempo, existia um instrumento de avaliação específico para o curso de medicina, considerado, posteriormente, algo subvertido, um problema focal e agudo. Percebe-se, agora, a necessidade de construção de um instrumento exclusivo, alinhado às diretrizes do MEC.

Foi realizado um grande inventário, abrangendo as escolas com cursos de medicina, para avaliar o grau de qualidade das mesmas, do curso e para apontar algumas necessidades. Como exemplo, um curso que trabalhava com 150 (cento e cinquenta) vagas, após avaliação realizada por uma equipe técnica, teve o número de vagas redimensionado para 50 (cinquenta). A IES recorreu ao CNE. O estudo detalhado e sério da equipe técnica foi revertido, e o número original de vagas voltou a ser disponibilizado. Um exemplo desses não invalida as avaliações, que

vêm ocorrendo com muito profissionalismo. Porém, é de fundamental importância, a criação de uma agenda nacional. A população apontou a saúde como uma urgência nacional, topo das reivindicações populares. Como tal, a saúde deve continuar no topo da agenda nacional. É preciso reconhecer que, infelizmente, apesar de todo nosso esforço, ainda estamos devendo à população.

Nesse contexto, a questão da regulação ganha urgência. Não há como ignorá-la. Ao longo do dia, assistimos experiências riquíssimas, que apontaram instrumentos para uma nova forma de regulação. A auto-regulação tem limite. É impossível que conselhos ou sociedades de especialistas imponham seus interesses à agenda nacional e aos interesses públicos. Podem e devem, no máximo, defender suas ideias e pontos de vista, mas de forma alguma agir de maneira sectária e estreita, como têm ocorrido nos dias de hoje.. O Estado deve retomar seu papel de gestor e regulador do trabalho em saúde e oferecer, com a responsabilidade, o que for de melhor para a sociedade brasileira.

A questão é política. Estamos discutindo assuntos que afetam uma classe que confunde privilégios com direitos. O que estamos fazendo é uma tentativa de desmistificar uma visão de classe, de pretensa meritocracia, que desconsidera o fato da *linha de saída* da nossa sociedade ser desigual, mesmo com todos os avanços. Nossa disputa é política, de classe. Está apenas começando. Logo, não será mais possível retardar o enfrentamento. A necessária regulação não dispensa, no entanto, a reconstrução da logística de atendimento e revalorização profissional. Espero que a regulação chegue com a qualidade, e que sempre conte com o apoio de grupos como a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH). A regulação pode contribuir para que os problemas da assistência médica possam ser minorados, mediante o planejamento de uma assistência à saúde com qualidade e efetividade.

Maria do Socorro de Souza

Presidenta do Conselho Nacional de Saúde – CNS - Brasil

O CNS é uma esfera pública, expressão concreta da democracia brasileira, local onde a sociedade organizada e as representações governamentais discutem e deliberam sobre a política de saúde. O CNS possui desenho diferenciado do CNE, não apenas quanto ao seu papel regulador, mas, também, quanto a sua atuação. Realizar o controle social, no Brasil, significa acompanhar a formulação e a execução da política de saúde, inclusive em relação a assuntos orçamentários e financeiros. Sua bandeira histórica é a de mobilizar a população para defender a saúde.

É preciso reconhecer, no momento atual, todos os esforços do governo brasileiro em prol da melhoria dos serviços de saúde do país, principalmente, quanto ao enfrentamento dos interesses contrários e antagônicos aos SUS. Entretanto, cabe ao CNS, muitas vezes visto como advogado do diabo, evidenciar que esse debate deve extrapolar as questões propostas pelo contexto atual.

O CNS é composto por 144 (cento e quarenta e quatro) entidades, por gestores das três esferas de governo, por 14 (quatorze) entidades profissionais, e por 24 (vinte e quatro) representações de movimentos sociais (negros, rurais, indígenas, mulheres, idosos entre outros). Trata-se de uma arena pública que expressa os conflitos da sociedade, inclusive os de classes.

Não é possível realizar a discussão do papel do Estado e da sua relação com a sociedade civil sem discutir a cultura política existente, base de sustentação das relações entre o Estado e a sociedade. As reações à ação do governo em torno do

Programa Mais Médico são expressão das relações políticas de poder existentes no país. O foco do controle social no Brasil, na área da saúde, não se volta, apenas, para a busca da prestação de um serviço de qualidade. O foco é o SUS, a construção de uma política que atenda as necessidades sociais da população, não apenas no campo da saúde. Concepção presente no projeto da reforma sanitária. Busca-se um projeto mais amplo, e não somente o enfrentamento de questões epidemiológicas ou a organização dos serviços. O horizonte constitui-se na afirmação da saúde como política pública, na qual o Estado tem a função de atender as necessidades da população e dos indivíduos. O papel regulador do Estado não pode ter como ponto de partida o curso de medicina, ponta do iceberg do problema. O papel regulador do Estado deve pautar-se na construção de um sistema universal, condizente ao projeto de país que os cidadãos brasileiros querem construir.

O SUS foi fundado no cunho de uma sociedade socialista. Entretanto, a sociedade brasileira é híbrida, não somos socialistas e nem queremos ser burgueses. Nesse sentido, pergunta-se qual é o lugar da saúde na sociedade; como a saúde, como setor produtivo, com grande base e capacidade de inovação tecnológica, pode apoiar o desenvolvimento do país. É preciso tratar a saúde não apenas como política pública, mas como setor com grande potencial para dinamizar o desenvolvimento do país. O papel regulador do Estado não pode ser pensado a partir do curso de medicina, pois seu escopo é muito maior. Algumas conquistas precisam ser reconhecidas, como o foco na atenção básica ou o enfrentamento do clientelismo e do corporativismo.

A cultura brasileira não é democrática e horizontal, mas sim extremamente conservadora. Os acontecimentos recentes, relacionados ao Programa Mais Médicos, mostram a dificuldade de convencer uma classe média, branca e urbana, de se fixar no interior do Brasil, julgado preconceituosamente, como um lugar vazio e remoto. O interior brasileiro é um lugar habitado por uma população que

tem cultura, organização, hábitos e costumes. Não é possível tratar a saúde de forma isolada dos aspectos culturais e do projeto de construção do país.

Como representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –(Contag)-, conheço a realidade de indígenas, ciganos, trabalhadores rurais, assentados, sem terra. A agricultura representa, aproximadamente, 45% do Produto Interno Bruto brasileiro. O interior do país não deve, portanto, ser visto como um “vazio”. Os representantes do campo precisam de respeito e de valorização. A estratégia de fixar profissionais de saúde no interior precisa estar conjugada a um conjunto de outras questões sociais, cujas respostas ainda não foram dadas. A estratégia de fixação dos profissionais deve quebrar o preconceito existente no país entre meio urbano e rural. O país, como prevê a lógica do modelo de desenvolvimento centrado nas capitais, tem por cultura considerar, como bom e moderno, as cidades. O Ministério da Saúde, até pouco tempo atrás, discutia algumas políticas de saúde apenas para municípios acima de 500 (quinhentos) habitantes. É preciso considerar que 80% dos municípios brasileiros possuem menos de 30 (trinta) mil habitantes.

As necessidades de saúde são básicas e sociais, ou seja, abrangem um conjunto de necessidades humanas originadas historicamente. As estratégias para seu atendimento devem estar articuladas ao enfrentamento das desigualdades existentes entre os cidadãos brasileiros. A reivindicação de saúde para o campo não contempla apenas acesso ou qualidade de serviços. Os trabalhadores do campo querem, também, respeito e valorização. É preciso conceber que a população brasileira é composta por sujeitos políticos com autonomia crítica, inclusive para construir outro modelo de sociedade. Os indígenas reivindicam acesso a medicamentos, médicos e ambulâncias. Entretanto, esse não é o modelo indígena, mas sim reflexo da incorporação de um modelo de atenção. É preciso refletir até quando o Ministério da Saúde terá capacidade de atender a todos os indígenas com esse modelo, sem reconhecer e incentivar as práticas tradicionais e a autonomia

desses povos. Outro exemplo é o da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), que querem discutir o sofrimento psíquico do preconceito e da discriminação.

A perspectiva da construção de um modelo universal significa também distribuir riquezas e enfrentar disparidades. Estruturar o interior do país é enfrentar desigualdades históricas. Regular e fixar médicos em regiões mais pobres é superar desigualdades. A construção do Estado de Bem-Estar Social é bandeira histórica, que o movimento da reforma sanitária levantou nesses vinte e cinco anos. À medida que o Estado e o governo brasileiro assumem esta pauta, a responsabilidade do controle social passa a ser imensa e desafiadora. OCNS tem debatido a capacidade de formular políticas, de mobilizar a sociedade e de construir consensos. Neste evento foi levantada a possibilidade de um sistema de auto-regulação, proposta um pouco autoritária. É preciso haver espaços permanentes de interlocução, haver discussão. O Estado brasileiro se omitiu historicamente desse papel. Assumi-lo é tão importante quanto garantir maior espaço para a realização de debates.

Nessa retomada, há de se dimensionar os conflitos corporativos entre as categorias profissionais da saúde, pois a regulação é focada no conhecimento e não na prática, fato esse que determina embates provocados por relações de poder. A medida que há disposição de diferentes categorias e atores para realizar o debate acerca do papel do Estado na regulação das profissões de saúde, é preciso criar espaços de debates, mesmo não formalizados ou instituídos.

O papel do controle social abarca, também, a interpretação da realidade. Muitas transformações na saúde ainda são pouco debatidas, pois apesar de existir uma concepção ampla do movimento sanitário, a prática ainda é restrita. Os problemas da saúde não serão resolvidos apenas pelo setor saúde. Quando existem necessidades sociais, é preciso à incorporação de outras áreas do conhecimento. Um bom exemplo é o da população na rua e suas inúmeras necessidades, advindas

da situação de exclusão e das condições de vulnerabilidade. O profissional de saúde não consegue lidar com todas as demandas, nem mesmo o assistente social. É preciso que a formação profissional seja focada nas necessidades dos sujeitos, condição que implica em extrapolar o setor saúde.

Outro exemplo é o da população indígena, que sofre de depressão coletiva, perda de identidade cultural e vivencia inúmeros conflitos nos territórios. Não é possível uma equipe de saúde trabalhar sem possuir conhecimento da realidade cultural dessa população. É preciso que a formação profissional contemple várias áreas do conhecimento. A discussão com o movimento estudantil é rica, pois conta com a participação de enfermeiros, nutricionistas, cientistas políticos, assistentes sociais, filósofos, sociólogos. Pensar em promover uma formação profissional de qualidade pressupõe abranger vários campos do conhecimento. Existem muitas experiências inovadoras. Existem vários modos de fazer educação e saúde. Algumas práticas, mesmo apoiadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação são marginalizadas, por não se permitir a existência de outras formas de pensar. Em muitas ocasiões, não existe sequer espaço para o diálogo.

Por fim, ressalto a necessidade de pensar o controle social como espaço propositivo, mobilizador e problematizador. O Brasil se caracteriza por expressar transformações culturais e impactos ambientais, decorrentes do modelo produtivo vigente. A saúde paga um preço enorme pela adoção desse modelo de desenvolvimento. É preciso haver outro patamar de discussão, diferente daquele existente há vinte e cinco anos, para que não se discuta exclusivamente a formação médica, mas sim o SUS integrado e multidisciplinar.

MESA REDONDA

DESAFIOS DA REGULAÇÃO PROFISSIONAL DO TRABALHO EM SAÚDE

Coordenação: Maria Alice Barbosa Fortunato (SGTES/MS)

A REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE NO BRASIL: DILEMAS E DIRETRIZES PARA UMA REFORMA

Sábado Girardi

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON/UFMG
Estação de Pesquisa de Mercado de Trabalho – Observatório de Recursos Humanos em
Saúde

As profissões podem ser definidas, em termos sociológicos, por suas jurisdições legais exclusivas, por sua autonomia e pela sua capacidade de auto-regulação. Compreendidas como instituições sociais, caracterizadas pela detenção de um patrimônio constituído por um tipo de conhecimento complexo e abstrato, adquirido por um longo processo de formação, geralmente em universidades, as profissões, em sua maioria, não são submetidas ao julgamento público, nem possuem as suas aplicações acessíveis ao público em geral. Os seus serviços são construídos a partir da integridade moral dos seus membros e da confiança depositada pelos clientes na profissão em si.

Em detrimento a outros tipos de negócios e atividades, as profissões são reguladas de maneira especial. A prevenção de riscos para a vida, a integridade, a segurança, o bem-estar ou o patrimônio dos consumidores faz com que as profissões sejam regularizadas pela via da auto-regulação, um tipo de regulação que se concretiza pela ação dos próprios pares, e não por ações burocráticas ou de mercado.

Como consequência, as profissões adquirem um caráter de propriedade corporativa privada sobre um campo específico de conhecimento, e, assim, um poder de exclusão em suas jurisdições de trabalho. No Brasil, como em muitos outros países, que prevêm constitucionalmente a regulação profissional, a grande maioria das profissões têm sido reguladas por processos de auto-regulação.

A Constituição brasileira de 1988 concebe, no art. 5º, inciso XIII, que o trabalho, ofício ou profissão, é livre, desde que atendidas às qualificações profissionais que a lei estabelecer; e, no art. 22º, inciso XVI, que cabe a União a competência exclusiva de legislar sobre a organização do sistema nacional de profissões.

Assim sendo, no Brasil, o Poder Legislativo, após analisar as demandas de regulamentação profissional, mediante consultas dirigidas a segmentos interessados do público, ao ministério setorial, ao Ministério do Trabalho e do Emprego, e ao Ministério da Educação - responsável por estabelecer normas educacionais e credenciais para cada profissão -, promulga leis profissionais. Essas leis estabelecem, basicamente, o direito à prática e os âmbitos da prática (escopos de prática), assim como tratam da criação de entidades reguladoras profissionais para cada uma das profissões - conselhos profissionais, se profissão autorregulada, aos quais cabe a competência de registrar e de autorizar profissionais ao exercício prático, bem como de realizar os controles disciplinar e da prática profissional. Portanto, cada profissão tem sua própria lei de exercício, um marco legal que sinaliza a regulação da profissão.

O autogoverno das profissões e a autorização legal de direitos exclusivos de prática, por atos privativos das profissões autorreguladas, podem ser definidas

como as características essenciais do modelo brasileiro de regulação profissional.

Modelo marcado por duas peças institucionais fundamentais:

- As leis de exercício, que definem o âmbito/escopo da prática profissional, os pré-requisitos de habilitação legal para a prática, particularmente as credenciais educacionais; e as formas e competências institucionais das autoridades reguladoras das profissões;
- Os conselhos profissionais, autarquias federais especiais, instituições que têm o poder de regular os seus membros e que, ao mesmo tempo, são parte do Estado, um ramo de descentralização do governo, uma agência do Estado brasileiro com autoridade reguladora, cuja principal missão é a de garantir a proteção do público e a integridade das profissões, e que têm como competência registrar e autorizar os profissionais à prática; emitir resoluções concernentes ao exercício da profissão; definir os códigos de ética, que regem a prática dos seus membros; e estabelecer a vigilância da profissão e sua disciplina.

Há no Brasil, nos dias de hoje, aproximadamente 120 profissões e ocupações reguladas. Dessas, 44 profissões possuem como pré-requisito conclusão de curso superior; 38 são regulamentadas por conselhos profissionais; e 21 são da área da saúde. No campo da saúde, atualmente, existem 14 conselhos profissionais e 14 profissões, cujo pré-requisito é a conclusão de curso superior. A tabela abaixo apresenta o número de profissionais por profissão regulamentada no Brasil, em 2012, e a existência ou não de ocupações subordinadas, reguladas pelo conselho profissional de cada uma das profissões.

Conselho Profissional de Saúde	Número de Profissionais Registrados	Ocupações subordinadas
Medicina	378 mil	Não

Odontologia	278 mil	Sim
Psicologia	298 mil	Não
Enfermagem	1,450 milhão	Sim
Serviço Social	238 mil	Não
Educação Física	164 mil*	Não
Farmácia	179 mil	Não

Fisioterapia e Terapia Ocupacional	191 mil	Não
Biologia	191 mil	Não
Nutrição	54 mil	Sim
Fonoaudiologia	36 mil	Sim
Biomedicina		Não
Técnicos em Radiologia		Não
Veterinária	114 mil	Não

*dado: 2008

Existe um grande número de demandas - um verdadeiro excesso - por regulamentação, desregulamentação ou re-regulamentação de determinadas profissões e ocupações em curso no país. Derivam de uma variedade de fontes e representam, muitas vezes, interesses rivais sobre domínios de prática. Desde 1999, 244 projetos de lei vinculados a profissões de saúde foram apresentados no Congresso Nacional, sendo 130 deles sobre regulação do exercício de 47 profissões já reguladas. Atualmente, 21 profissões/ ocupações aguardam regulamentação: acupunturista, auxiliar de cabeleireiro, barbeiro, cabeleireiro, calista, depilador, cosmetologia, esteticista, grafologista, instrumentador cirúrgico, manicuro,

maquiador, musicoterapeuta, ortoptista, optometrista, parteiras, pedicuro, perfusionistas, podólogos, psicanalista, quiroprático, tecnólogo, esteticista, terapeuta holístico, terapeuta esteticista, tecnólogo radiologista e zootecnista.

Análise das reivindicações de regulamentação das profissões da saúde, em tramitação no Congresso Nacional, evidencia, por um lado, profissões estabelecidas e auto-reguladas, como medicina, farmácia, odontologia e enfermagem, entre outras, solicitando a expansão do monopólio de privilégios já adquiridos como definição e expansão de direitos a exclusivos escopos de prática, e, por outro lado, minorias, tais como os óticos, optometristas e parteiras, lutando pelo reconhecimento público e social. Das 14 profissões não reguladas que submeteram, nos últimos anos, projetos de lei no Congresso Nacional requerendo maiores níveis de educação e auto governança, 5 são profissões de saúde: acupuntura, optometria, psicanálise, musicoterapia e quiropraxia.

Muitos são os caminhos utilizados para formular uma expansão de jurisdição de uma profissão no país: sobre autoridades educacionais, a fim de controlar o fluxo de entrada no mercado profissional; sobre as prerrogativas dos gestores dos serviços de saúde, no sentido de garantir-lhes o direito para definir padrões de prática, mix de habilidades e competências compartilhadas, linhas hierárquicas do trabalho, entre outros; sobre políticos e autoridades tomadoras de decisão, para estabelecer o direito de participar da definição das políticas de saúde; e sobre profissões de saúde antagônicas, a fim de expandir direitos exclusivos de propriedade, restringindo a competência de práticas sobre a área disputada.

Atualmente, alguns problemas permeiam o modelo de regulação profissional no Brasil. Dentre eles, merecem destaque:

- O clamor do público leigo de ser envolvido no trabalho dos conselhos profissionais de saúde, para que suas opiniões sejam devidamente representadas nos processos regulatórios;
- As reivindicações dos gestores dos serviços de saúde por um sistema mais flexível, que lhes permita combinar adequadamente habilidades e competências multiprofissionais, situação que tornaria a prestação de cuidados de saúde mais eficaz, ao possibilitar o atendimento das necessidades dos pacientes, levando-se em consideração a disponibilidade de recursos financeiros;
- A necessidade de maior coordenação sobre as profissões de saúde pelas autoridades governamentais, para que possam estabelecer políticas de acordo com seus mandatos e com os princípios de eficiência, equidade, praticidade e responsabilidade. Coordenação que deve ocorrer, principalmente, entre os três poderes do Estado: Executivo, Legislativo, Judiciário, para possibilitar a criação de uma única política de governo sobre a regulação das profissões;
- As demandas de regulamentação dos grupos ocupacionais e profissionais para tornar os direitos à prática exclusivos ou quase-exclusivos, e para receber o reconhecimento da sociedade;
- O desenvolvimento de novas formas de prestação de cuidados de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família, que integra equipes multiprofissionais na comunidade e cuja configuração exige a partilha de escopos de prática;
- O renovado apelo da medicina alternativa e complementar e de "outros curandeiros", provocado pelo multiculturalismo;
- Os avanços clínicos e farmacológicos; e
- O ambiente global da saúde.

A partir do exposto, é importante ressaltar que o processo de regulamentação profissional da saúde deve ser entendido como uma política pública, uma parte essencial das políticas de saúde. Com isso, as demandas atuais e futuras de grupos profissionais para regulamentar as suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios como a eficiência, a equidade, a viabilidade e a responsabilidade, em nome do interesse público.

Observa-se que há necessidade de alcançar um equilíbrio adequado entre o interesse público e a variedade de demandas de regulamentação profissional - eventualmente em rivalidade - e conflitantes entre si, bem como de mudar de um sistema que assegura direitos exclusivos a uma prática para outro que considera a possibilidade de manter e combinar a auto-regulamentação das profissões com o compartilhar de direitos à prática. As diretivas para alcançar tais objetivos devem incluir a revisão da estrutura legal de regulamentação profissional, das formas institucionais e das estruturas de regulamentação profissional, e dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que agora lutam por reconhecimento, e, ainda, a avaliação do modelo brasileiro de auto-regulamentação, paralelamente à proposição de alternativas desejáveis, se for caso.

OS ESFORÇOS PARA MELHORAR A REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE EM NOVA YORK

Jean Moore

*Centro de Estudos da Forção de Trabalho em Saúde
Escola de Saúde Pública, SUNY - Albany*

Medicar, principalmente a população carente, é uma das inquietações do sistema de saúde de Nova York, que tem a reputação de prover uma série de

serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, de submedicar sua população. Entre os anos de 2008 a 2010, a cidade sofreu uma redução significativa de recursos financeiros, fato que levou o governo a buscar alternativas de gestão mais condizentes com o novo contexto. Um dos caminhos adotados constituiu-se na aplicação mais eficaz dos recursos financeiros. Por ser um dos serviços para os quais mais recursos financeiros eram destinados, o programa de medicação sofreu ajustes significativos. Vários atores sociais foram acionados para discutirem alternativas que possibilitassem a redução de custos e, ao mesmo tempo, a melhoria dos serviços de saúde. Dentre eles, associações profissionais - médicos, enfermeiros, dentistas, higienistas dentais, parteiras e paramédicos -, associações de fornecedores - hospitais, cuidados de longa duração, atendimento domiciliar e centros de saúde -, sindicatos de trabalhadores de saúde, sistemas universitários, órgãos estaduais - saúde, educação e trabalho -, Conselho de Saúde Rural, Centro de Estudos dos profissionais de saúde e grupos de defesa dos consumidores. Um dos temas debatidos tratou das ações a serem adotadas para preparar a força de trabalho para o século XXI.

O grande desafio inerente a esse tema era desenvolver uma estratégia plurianual capaz não somente de definir e de dimensionar a força de trabalho, mas também de capacitar e de desenvolver competências nos profissionais de saúde, à luz das necessidades de atenção integral à saúde da população de Nova York. Questões relacionadas à como alinhar os requisitos de formação e de certificação com as metas de desenvolvimento da força de trabalho, ou como gerar recomendações consensuais acerca dos meios de flexibilização do escopo profissional da força de trabalho, identificando os aspectos do sistema normativo que precisariam ser alterados a fim de implementar tal flexibilização foram amplamente debatidos.

Apesar de estar claro a todos os atores envolvidos no processo de debate de que escopos profissionais restritivos poderiam criar um descompasso entre a capacidade operacional dos trabalhadores e as atribuições práticas legalmente definidas a uma categoria profissional, em vários momentos, diferentes barreiras

foram impostas ao processo de discussão. Preocupações com as mudanças do status quo, com a qualidade, com os custos, e, principalmente com questões territoriais dominaram o debate em diferentes momentos. Quando uma categoria profissional concordava com determinada mudança, outra adotava uma postura defensiva por considerar que uma determinada atribuição lhe pertenceria.

Paralelamente, aspectos facilitadores se fizeram presente nesse processo de discussão, tais como o contexto de escassez de recursos humanos, o acesso limitado da população aos serviços de saúde, as tecnologias emergentes que imputem aos profissionais o domínio de novas competências, os cortes orçamentários, e a evolução considerável sofrida pelos escopos profissionais de muitas profissões ao longo da última década, por exemplo, a autoridade prescritiva para assistentes do médico e enfermeiros.

Sob a consigna de como aproveitar melhor a força de trabalho existente na cidade, temas como remoção das barreiras legais e regulamentares, desenvolvimento de planos de carreira, incentivos a serem ofertados aos profissionais que se dispusessem a trabalhar em áreas carentes ou ampliação das responsabilidades e autonomia dos profissionais e alterações na sistemática de supervisão foram amplamente discutidos. Algumas recomendações emergiram do processo de discussão:

- Desenvolver um rol de competências, hierarquizadas por grau de complexidade, a ser assumidas pelos trabalhadores de cuidados diretos, ao longo da prática profissional;
- Implantar categoria de profissionais responsáveis por acompanhar o processo de medicação dos pacientes sob a ótica do sistema de *home care*, treinados e supervisionados por enfermeiros;
- Regulamentar a profissão de atendentes do sistema *home care*;
- Deixar de estabelecer um número máximo de profissionais a serem supervisionados por um médico;

- Deixar de exigir a necessidade de autorização médica para prática colaborativa entre os profissionais das equipes;
- Permitir que agentes de saúde bucal realizassem diagnósticos nas escolas;
- Desenvolver um programa de incentivo aos profissionais que trabalhassem nas áreas carentes.
- Estabelecer um Comitê Consultivo com as atribuições de: apontar propostas de alterações dos escopos profissionais, promover debates sobre como aperfeiçoar a flexibilização dos escopos profissionais, e analisar os impactos das alterações realizadas nos escopos profissionais sobre a qualidade, custo e acesso da população aos serviços de saúde.

Os resultados alcançados até o momento evidenciam que as ações propostas pelo poder executivo, sugerindo mudanças no sistema normativo, tiveram pouca aceitação no poder legislativo, e que não há vontade política suficiente para a formação do Comitê Consultivo.

As poucas recomendações que sobreviveram ao processo legislativo, como ampliação do quantitativo de médicos assistentes a serem supervisionados por um médico, autorização para que os atendentes de saúde bucal realizassem diagnósticos nas escolas, ou implantação de um programa de incentivo aos profissionais que trabalhassem em áreas carentes, foram aquelas que apresentaram maior grau de consenso entre os atores sociais.

A proposta de introdução de profissionais a serem responsabilizados pelo acompanhamento do processo de medicação dos pacientes sob a ótica do sistema de *home care* não sobreviveu. Espera-se que uma nova proposta deva ser reintroduzida no próximo ano.

Trabalha-se, no momento, na revisão das recomendações realizadas para uma nova submissão ao processo legislativo. Estima-se que provavelmente um Comitê Consultivo será convocado a fim de facilitar o processo de tomada de decisões. A continuação do trabalho parte de uma importante questão: o que é melhor para os pacientes?

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS -Brasil

Abordar a temática regulação, no Brasil, exige que se considere não somente o tema em sua complexidade, mas também, que o analise em sua perspectiva histórica, sem deixar de interpretá-lo à luz das características do sistema federativo brasileiro e do cenário existente no SUS. Dimensionar o contexto do sistema de saúde antes de 1988, e depois da instituição do marco legal, é fundamental para que se possa entender os dilemas cotidianos. Dilemas esses, constantemente vivenciados pela Secretária de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) - do Ministério da Saúde, principalmente, quanto à promoção de diálogos e consensos entre os entes federativos. Dentre os dilemas enfrentados está a formação profissional e os interesses do mercado. Ao abordar essa temática, é preciso lembrar a tese do professor Gastão Wagner, de que a força de trabalho médico no Brasil chegaria, ao século XXI, como liberal, pois a influência, a mão invisível do mercado, exercia, sobre ela, forte influência na formação profissional.

Antes de 1988, o sistema de saúde brasileiro caracterizava-se por não ser um sistema universal, mas relacionado ao conceito de benefício. A formação profissional era voltada para o mercado de trabalho, sendo o MEC – responsável pela definição das diretrizes curriculares para a saúde e para a residência médica. A regulação da força de trabalho realizava-se pelas corporações, no aparato dos

conselhos - “autarquias corporativas” -, esses com amplos poderes regulatórios sobre as profissões e fortes defensores da proteção do exercício profissional.

A Constituição Federal de 1988 introduziu um sistema de saúde universal, que, considerando a dimensão continental do país, passou a contemplar 150 (cento e cinquenta) milhões de habitantes. Essa característica, por si só, configurou-se um grande desafio. Os países europeus têm menos de 100 (cem) milhões de habitantes; o Canadá que possui um sistema de saúde universal, tem cerca de 35 (trinta e cinco) milhões de habitantes. O sistema de saúde brasileiro foi construído de forma incremental, sem rupturas. “Dormimos”, no dia 4 de outubro de 1988, com um sistema excludente, e acordamos, no dia seguinte, com um sistema de saúde universal. A história da construção do SUS é caracterizada pela ausência de políticas públicas de longo prazo, principalmente em relação à implantação e implementação do sistema. Como consequência, problemas de infraestrutura se manifestam, sendo agravados pela extensão do atendimento a ser prestado pelo serviço de saúde, fato esse que fez surgir um “alinhamento assíncrono”. Atualmente, aproximadamente 12 (doze) mil unidades de atenção básica funcionam em casas alugadas.

A Constituição Federal de 1988 definiu saúde pública, universal e gratuita, como direito do cidadão. Em consequência, as ações e os serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, característica que tornou possível ações de intervenção estatal em hospitais privados. Diante dessa atribuição, a formação profissional, a ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, as diretrizes curriculares, a residência médica precisam estar voltadas para o atendimento das necessidades do SUS. Nesse novo contexto, a regulação passa a possuir nova dimensão, pautar-se, prioritariamente, na proteção do cidadão e do profissional. A regulação é uma questão de Estado. Como tal, atualmente, foi retomada pela presidente Dilma Rousseff, com o Programa Mais Médico.

Paralelamente, a constituição de 1988 estatizou a função regulatória, retomando a delegação dada aos conselhos profissionais em constituições anteriores. Segundo art. 21, XXIV, compete à União “organizar, manter e executar a inspeção do trabalho”. Segundo o artigo 22, compete privativamente à União legislar sobre a organização do sistema nacional de emprego e sobre as condições para o exercício de profissões. As autarquias receberam nova conceituação, passando a ser compreendidas como entidades públicas, criadas diretamente por lei (CF, art. 37, inciso XIX), com orçamento previsto na Lei Orçamentária Anual (CF, art. 165), regidas integralmente pelo direito público, com força de trabalho estatutária (CF, art. 37, 38, 39, 40 e 41). Aos conselhos profissionais foram determinadas atribuições fiscalizatórias e regulatórias, sendo lhes possível, também, desempenhar funções típicas de órgão estatal, como edição de normas para regulamentar o exercício de profissões. Os conselhos profissionais, investidos do poder de polícia, poder privativo ao Estado brasileiro, são competentes para aplicar sanções e impor contribuições compulsórias. Hoje em dia, têm-se no Brasil, de um lado, as funções estatais, e do outro, os conselhos profissionais com estrutura autárquica desempenhando atribuição estatal regulatória, uma atividade da União. Após 25 anos de proclamação da constituição, constata-se que o artigo 200, inciso 3, ainda não foi cumprido, uma vez que o Ministério da Saúde (SUS) não ordena a formação de recursos humanos na área da saúde. Atualmente, o Programa Mais Médico fomentou a discussão do papel exercido pelo MS na regulação das profissões. Apenas, recentemente, o MS e o CONASS passaram a participar da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão antes restrito ao Ministério da Educação.

A formação profissional na área médica não pode voltar-se ao atendimento dos interesses do mercado. É preciso haver um elo entre o mundo da educação e o mundo do trabalho, como acontece nos países regidos pela perspectiva liberal. É necessário que haja coerência interna entre o planejamento estratégico das condutas de formação como planejamento macro da nação, com o planejamento do

sistema de saúde e com as características do mundo do trabalho. A mão invisível do mercado não pode ser responsável por regular essa “alça” da formação do mundo do trabalho. Para tanto, é preciso, inicialmente, estabelecer a necessidade de formação profissional, a partir da análise entre o número de profissionais existentes e demandados. Não é possível conceber que o mercado tenha a capacidade e a atribuição de resolver essa questão, ou de garantir a força de trabalho necessária ao país. Atualmente, observa-se que a formação profissional está voltada ao mercado privado. Um típico exemplo da lógica privada é o modelo vigente nos programas de residência médica. O Estado fornece bolsa de estudos aos residentes, mas são as corporações privadas que acabam definindo o quantitativo de residentes e os locais de formação. É imperativo que o Estado assuma seu papel de ordenador dos recursos humanos da saúde, rompendo com essa lógica e com essa incoerência.

Um fator imprescindível ao processo de formação é reconhecer os serviços de saúde como campos de formação. Hoje, não há uma estrutura formal que estabeleça, aos serviços estaduais e municipais, formato saúde escola. Existem iniciativas isoladas de municípios. Não há a compreensão de que todo espaço de assistência à saúde é também um espaço de ensino, de pesquisa e de assistência. O *corpus hippocraticum* é fruto dessa concepção, pois Hipócrates já considerava os serviços como verdadeiras escolas. No Brasil, ainda é forte a cultura do hospital universitário, do centro de saúde escola. O SUS deve ser a grande escola, ou o grande sistema nacional de saúde escola. Deve-se conceber o SUS como uma grande escola, sem deixar o compromisso ético de prestar o melhor atendimento possível à população.

O cenário brasileiro, nesses 25 anos, caracteriza-se, também, pela ausência de políticas públicas de longo prazo voltadas à implantação e à implementação do SUS. É preciso discutir e implementar um plano nacional de desenvolvimento da saúde. O Programa Mais Médico é uma importante iniciativa nessa direção. Trata-se de um projeto com metas definidas a curto, médio e longo prazo. Pela primeira vez, o debate é realizado por uma perspectiva estratégica, com objetivos

claramente definidos: realização de 16 (dezesesseis) mil intervenções nas unidades básicas de saúde; reforma de 800 (oitocentos) hospitais e de 600 (seiscentas) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h; criação de 11 (onze) mil vagas em escolas médicas e de 12 (doze) mil bolsas de residência, e investimento em infraestrutura equivalente a, aproximadamente, 15 (quinze) bilhões de reais até o final do próximo ano.

O princípio basilar da formação deve ser o atendimento das necessidades de saúde da população. Não é possível definir a quantidade de profissionais e a capacidade regulatória sem levar em consideração essas necessidades. Em 2005, como gestor municipal da Secretaria de Saúde da cidade de Fortaleza, município com 2,5 (dois milhões e quinhentos mil) de habitantes e grande complexo hospitalar, constatei que o quadro de pessoal contava com apenas 26 (vinte e seis) neurocirurgiões. O Estado do Ceará, cuja população equivale a 8 (oito) milhões de habitantes, não tinha residência em neurocirurgia. Esse exemplo mostra que o Estado deve assumir o processo regulatório, passando a definir o número de profissionais de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população.

Sob essa ótica, não é mais possível pensar regulação de profissões de maneira dissociada à definição de diretrizes nacionais curriculares para atendimento do sistema público ou de contemplá-la como de competência exclusiva dos conselhos profissionais. Atualmente os Ministérios da Saúde e da Educação debatem essa questão.

No momento, um novo desafio se impõe à formação profissional. Os alunos do 6º (sexto) ano não vivenciam mais o internato. Saem do quarto ano direto para o Medcurso. A situação é preocupante, pois em pouco tempo não haverá mais clínicos gerais no país. Quando é proposto o segundo ciclo ou a residência obrigatória, busca-se atender a necessidade da população brasileira de médicos de

família e de clínicos geral. Atualmente, os alunos chegam à faculdade querendo se preparar para a residência médica. O PROVAB procura reverter esse quadro. O programa, em 2012, atendeu 2.281 médicos. Em 2013, o quantitativo subiu para 3.800 médicos. Observa-se que aqueles que realizam o programa e fazem especialização são profissionais diferenciados.

A Espanha discute atualmente, em função do pé diabético e da revascularização, o papel e a regulamentação da atuação do cirurgião vascular. A experiência exemplifica a necessidade de se obter coerência interna entre perfil demográfico, perfil epidemiológico, necessidades da população, incorporação tecnológica e questão profissional.

Muitas mudanças precisam ser realizadas, em várias dimensões, para que o SUS torne-se ordenador de recursos humanos, a União reguladora das profissões e para que o papel dos conselhos profissionais seja “realinhado”. Por exemplo, na dimensão político-jurídica, a regularização da situação jurídica dos atuais conselhos profissionais não deve contemplar apenas o reconhecimento legal de sua nova natureza jurídica - “autarquia corporativa”-, ou restringir-se à mera conversão do regime jurídico sob o qual os profissionais dessas autarquias são geridos - do celetista para o estatutário. É necessário estabelecer uma orientação política geral sobre o tratamento a ser concedido aos conselhos profissionais do país, orientação que deverá advir dos membros do poder legislativo, representantes legítimos da soberania popular. Ao poder executivo caberá estimular e fomentar o debate acerca do tema, promovendo estudos e discussões sobre o marco regulatório das profissões, como forma de melhor instrumentalizar o Congresso Nacional na decisão conclusiva do assunto. Esse processo de mudança implicará na promulgação de novas leis, na revogação de autorizações legislativas em vigor, na reorganização do exercício das profissões, integrando-as no seio da administração direta ou autárquica, com conseqüentes mitigação do atual papel e funções das associações profissionais. Quanto à formação profissional, o

fundamento basilar deverá ser o atendimento das necessidades de saúde da população, pelo sistema público universal. O Ministério da Saúde deverá definir as diretrizes curriculares das profissões de saúde em conjunto com o Ministério da Educação. A residência médica deverá possuir, como norma obrigatória, a realização do primeiro ano do programa nos serviços de atenção primária em saúde. A regulamentação das profissões de saúde, pelas autarquias corporativas, deverá ser pautada pelas diretrizes nacionais definidas pelo Ministério da Saúde.

Além disso, deve-se trabalhar o planejamento do setor a longo prazo, por meio do plano nacional de desenvolvimento da saúde, um instrumento legal que obrigará os governos presentes e futuros a cumprirem suas diretrizes. Esse planejamento deve ser concebido a partir de dados disponibilizados por estudos, pesquisas, sistemas de informações e experiências internacionais. Deve ser construído considerando-se as necessidades atuais e futuras da população brasileira, dimensionando diferentes variáveis, tais como envelhecimento da população, novas tecnologias, aumento da longevidade, custos, formação de profissionais em quantidade e qualidade.

O plano de carreira do SUS é essencial para a consolidação de um sistema de saúde de qualidade. O federalismo brasileiro, no qual os três entes federativos possuem autonomia para a sua organização político-administrativa, faz com que ocorra, no campo da saúde, uma interdependência entre entes desiguais geográfica, demográfica, social e economicamente. Borá, um município brasileiro do estado de São Paulo, que possui 900 (novecentos) habitantes, tem o mesmo grau de autonomia da capital do estado, que tem 11(onze) milhões de habitantes. A Lei 8.142 estabelece que um dos pré-requisitos para a existência de um plano de cargos e salários municipal é o número de habitantes do município. No Brasil, há4 (quatro) mil municípios com menos de 20 (vinte) mil habitantes. Esses municípios não tem capacidade de instituir um plano de cargos e salários capaz de reter o profissional médico no município. Além disso, barreiras demográficas se impõem

como fator limitante à retenção do profissional médico em determinados municípios. A instituição de uma carreira estadual implicaria no rompimento com a descentralização e subsidiariedade, e de uma carreira federal, além de implicar nos mesmos tipos de rompimentos, promoveria um retorno ao passado recente, quando a prática de cessão de profissionais era constante. Trata-se de um desafio que se sobrepõe ao debate sobre regulação, uma vez que é impossível pensar na instituição de uma carreira federal, uma vez que não é atribuição da União a execução dos serviços de saúde.

Nesse complexo cenário, a administração pública precisa se inovar para garantir a viabilidade operativa ao SUS. É preciso pensar em outras formas de gestão capazes de abarcar as diferentes especificidades do SUS. Um caminho possível é o fomento, pelo Ministério da Saúde, da instituição, pelos entes federativos subnacionais, de entidades da administração indireta que possam ter caráter estadual ou intermunicipal de âmbito regional, decorrentes da articulação entre os entes federativos incumbidos de cuidar da saúde no Estado.

Alguns estados e municípios têm adotado soluções interessantes, como os consórcios públicos, estadual ou regional. O consórcio público é uma associação de entes federativos para a consecução de um objetivo comum. A fundação por se separar de seus instituidores quando de sua criação, pode ter mais segurança jurídica quanto à sua perenidade e indissolubilidade. A Bahia tem uma experiência inovadora, com a criação de uma federação interfederativa.

O debate fomentado pelo Programa Mais Médicos leva, ao Estado brasileiro, o desafio de não se curvar aos embates corporativos, mas sim de assumir um papel proativo na regulação. Vivemos um momento de mutação, no qual se viabiliza pensar um projeto estratégico a curto, médio e longo prazo, que tenha coerência e

que leve em consideração os interesses da população brasileira, interesses esses mais importantes do que qualquer interesse ou necessidade corporativa.

Mozart Júlio Tabosa Sales

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES -MS

Vivenciamos um processo muito amplo, muitas coisas necessitam ser estruturadas e realizadas. Um dos objetivos do Seminário foi, a partir do relato da experiências de outros países, realizar o diagnóstico e pensar nossa situação, ou seja, o estado da arte no Brasil. Existe, atualmente, grande número de pessoas estudando questões relacionadas às profissões, na academia e na gestão. Por outro lado, há grande demanda por acesso por processos assistenciais nos serviços de saúde do sistema público. Há dificuldade de equilibrar esforços, de entender o problema do acesso e da garantia dos serviços de saúde, sob a ótica da oferta e do provimento de recursos humanos. Esse contexto impute a necessidade de se discutir o papel do Estado, as ações regulatórias, o aparelho formador da graduação, da pós-graduação, da área técnica, assim como debater a formação de especialistas na lógica da estruturação, produção e oferta de serviços. Essa discussão implica na produção e na organização de uma memória atualizada e compartilhada, a ser utilizada pelos tomadores de decisão para que possa produzir escolhas adequadas.

O Brasil, em seu processo histórico de construção da sociedade, optou pelo não conflito, pela procura incessante do consenso progressivo, da tentativa de aproximação, mesmo entre contrários. Foi criada uma cultura pacifista, que muitas vezes tangenciou a realidade e a necessidade de intervenção. É preocupante o que acontece no país no campo da saúde, em relação à integração com o aparelho formador, à necessidade de regulação do exercício profissional quanto ao compartilhamento das tarefas, à má distribuição dos profissionais e ao aspecto qualitativo da compreensão do SUS.

Os resultados preliminares de uma pesquisa realizada com médicos do PROVAB, em sua primeira edição, revela que o olhar do profissional brasileiro sobre a atenção básica ainda é espantoso: “pode gerar emburrecimento”, “pode

empatar o crescimento profissional”, “desestrutura a vida”, “isola o profissional”, “torna o profissional distante do crescimento”. Alguns chegam a relatar: “fica na atenção básica, quem não deu certo” ou “quem não teve a capacidade de passar na residência e só deu para isto”.

É esse o olhar existente do nível de atenção que é a porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde. É imprescindível produzir ressignificação na atenção básica, assim com uma nova lógica simbólica em relação ao horizonte profissional. Para isso, é preciso redefinir o espaço formador e qualificar a intervenção. É preciso melhorar os aspectos resolutivos, pois os profissionais médicos, na Atenção Básica, se recusam a fazer uma pequena sutura na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou mesmo uma nebulização. Na Espanha, os médicos de família, após formação de quatro anos, realizam ultrassonografia e interpretam eletrocardiograma. Está sendo criado, em parceria com o Instituto do Coração (INCOR), um projeto que detalha 250 (duzentos e cinquenta) pontos de emergência para as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e hospitais regionais na área de urgência e emergência. Os nossos urgentistas não sabem interpretar eletrocardiogramas, apenas profissionais da emergência cardiológica possuem essa competência. Com a quantidade de doenças cardiovasculares existentes no Brasil, não há condição de haver cardiologistas em todas as emergências do país.

Essa ressignificação exige forte diálogo com o aparelho formador, valorização do profissional e qualificação do aspecto da resolutividade, para que o profissional não exerça o papel de mero encaminhador. Para que se atinja 80% de resolutividade na Atenção Básica, é preciso debater a qualificação profissional. A pesquisa do PROVAB causa preocupação. Atualmente, estamos focados apenas na profissão médica. No entanto, é preciso olhar o rol das atividades e o desequilíbrio existente no aparelho formador, a “ausência de produção de olhares”.

É necessário, também, fazer uma avaliação da intervenção da enfermagem, do ponto de vista da geração e distribuição de postos de trabalho. É preciso pensar a futura formação e dialogar com o aparelho formador para discutir o compartilhamento de tarefas, mediante maior inserção na prática clínica. Além disso, é preciso discutir aspectos quantitativos, pois houve aumento de 765 (setecentos e sessenta e cinco) % no número de vagas para enfermeiros nas instituições de ensino em dez anos, indicador que sinaliza não ser mais necessária a formação de novos enfermeiros. Deve-se esclarecer que esse crescimento foi realizado de maneira totalmente autárquica, é fruto da ausência de regulamentação do Estado, do furor da iniciativa privada, e da incapacidade da categoria de solicitar ao MEC diminuição do número de vagas para os cursos de enfermagem, como fez a categoria médica. Atualmente, aborda-se, para médicos, enfermeiros e odontólogos, o rol de intervenção nos vazios existenciais. É preciso rever o rol de competência das outras profissões inseridas no Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

Caminhamos de maneira trôpega e cega durante muitos anos. Este país é muito grande, com muitas necessidades e perspectivas futuras. Se quisermos chegar a um local seguro, é preciso avaliar os instrumentos e checar os dados, para produzir uma rota estável. Apenas o Estado conseguirá construir esse caminho. Tal fato não caracteriza um processo de estatismo ou de intervenção brutal e autoritária, mas sim, um processo no qual a soberania popular se manifesta por seus representantes democraticamente eleitos. Certamente, esse processo precisa ser permeado pelo diálogo com a sociedade civil, o terceiro setor e com os especialistas. Porém, cabe ao Estado ser propositivo, legislar, propor alternativas. O que vivenciamos no Brasil é gravíssimo e preocupante. Um contexto cujas soluções ultrapassam o poder de execução desse Governo. Atualmente, realizamos uma intervenção no “processo de desassistência”, por meio do Programa Mais Médico, uma iniciativa do Estado de reposicionamento perante uma corporação. A incapacidade da corporação médica e de sua representação, de produzir um

diálogo é a maior prova do nível de arrogância histórica da categoria, assim como da ausência do Estado.

Nas negociações atuais, a única proposta aceita pelos os médicos, até o momento, é a criação da carreira de Estado, com piso salarial de R\$ 20.800,00(vinte mil e oitocentos reais), para carga horária de trabalho equivalente a 40 (quarenta) horas. A categoria mostrou-se contrária ao aumento do número de vagas de graduação e de residência, à estruturação dos serviços, ao debate sobre segundo ciclo de formação (residência), ao programa de um ano de imersão no SUS, ao debate de requalificação do espaço de ensino, à contratação de estrangeiros. Há um modo operante histórico que afirma, ser papel do Estado, apenas “pagar as bolsas. A formação profissional, assim como “todo o resto”, cabe à categoria estabelecer. Essa equação não deu certo, como mostra os assustadores indicadores relacionados à categoria médica no Brasil. É impraticável formar anualmente cerca de 640 (seiscentos e quarenta) anestesiólogos, para 200 (duzentos) milhões de pessoas. Existem 100 (cem) anestesistas em Sergipe, para 3 (três) milhões de habitantes. É preciso se debruçar sobre esse cenário.

A professora Célia Regina Pierontoni fez um interessante estudo sobre o crescimento dos cursos de saúde nos últimos dez anos. Os resultados mostram a necessidade de promover o diálogo com algumas profissões, para que se produzam propostas ao contexto atual. É preciso conhecer o estado da arte. O cenário atual revela a existência de 120 (cento e vinte) mil vagas por ano, 72.000 (setenta e dois mil) ingressos, 40.000 (quarenta mil) formados (cerca de 1/3 de evasão) e 18.000 (dezoito mil)ingressos no primeiro emprego. A mão livre do mercado produz desespero e desesperança. É injusto um jovem estudar durante cinco anos, se formar e ganhar cerca de R\$ 1.550.00 (um mil e quinhentos reais). É preciso propor uma equação que de conta dessa situação. Para tanto, a parceria de todos é necessária.

É preciso olhar atentamente para as experiências internacionais, pois o país mais rico do mundo, que gasta 1 (um) trilhão de dólares, 100 (cem) bilhões apenas com o câncer - o que não significa que sejam bem gastos -, utiliza estratégias para garantir a intervenção no campo da saúde e o compartilhamento de tarefas. Vamos olhar as experiências, realizar nossos aprendizados, e produzir intervenções e equações necessárias. Estamos no meio de uma travessia.

Será realizado o Terceiro Fórum Global sobre RH em Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Mundial de Saúde - OMS, com a Aliança Global pelos Profissionais da Saúde (GHWA), e com a Opas. O Brasil vai sediar este grande evento, a ser realizado em Recife/PE, no período de 10 a 14 de novembro, com a participação de cerca de 2.000 (dois mil) participantes (aproximadamente 500 (quinhentos) brasileiros e 300 (trezentos) profissionais da América Latina). No evento, o fenômeno global da crise na construção dos sistemas de saúde será debatido. Temas como crise do provimento, da qualificação, da modelagem, da oferta de serviços que está intrinsecamente ligado ao acesso aos serviços de saúde serão amplamente discutidos. Todos estão convidados a participar, a elevar ainda mais o nosso conhecimento sobre esta complexa temática.

DEBATEDORES

Manoel Messias Nascimento Melo

Secretário de Relações do Trabalho – MTE – Brasil

O Brasil tem imensa dificuldade de romper com o passado, de fazer rupturas. No campo do trabalho, o país acomodou-se em uma cultura corporativista, construída nas décadas de trinta e de quarenta. Por isso, há uma dificuldade imensa de se romper com o corporativismo, que hoje mostra-se inerente a qualquer relação de trabalho no Brasil. Pode-se fazer um paralelo entre

as antigas corporações de ofício, a construção e criação dos conselhos profissionais brasileiros com a atual realidade desses conselhos no país. É necessário refletir sobre a dificuldade brasileira em romper com a cultura corporativista.

A Constituição Brasileira estabelece, em vários momentos, como resultado do processo de migração do regime ditatorial para o democrático, direitos fundamentais, posteriormente relativizados em normas infraconstitucionais, ou, até mesmo, por artigos e incisos da própria constituição. Por exemplo, a Constituição Federal estabelece ser livre a organização sindical, a organização dos trabalhadores, desde que, como preconiza um de seus artigos, seja mantida a unicidade sindical. Ao estabelecer esse limite, a Constituição Brasileira mantém vivo o conceito de categoria profissional e categoria diferenciada. Com isso, estabelece a convivência, pouco adotada por outros países, de sindicatos profissionais formados não apenas pelos profissionais liberais, mas também pelos assalariados, pelos donos das clínicas e pelos empregados das mesmas. O resultado deste processo é a convivência de um conjunto de profissionais agrupados em um só sindicato, dando origem a uma verdadeira corporação. Corporação que atribui *status* diferente aos seus afiliados perante os demais trabalhadores que formam o contingente de trabalhadores de um hospital. Um modelo que tende a perpetuar o corporativismo brasileiro.

Por outro lado, como mais um exemplo, a Constituição Federal estabelece o direito ao livre exercício profissional, exceto para as profissões regulamentadas, definidas como aquelas que colocam em risco a vida e a segurança da população. Sabemos que todo conjunto de trabalhadores que exerce o mesmo ofício busca, prioritariamente regulamentar sua profissão, e em seguida criar o seu conselho profissional. Os conselhos profissionais no exercício de suas atribuições, a despeito de tornar a liberdade profissional parcial, têm a possibilidade de definir regras comuns respeitando prioritariamente, os interesses da corporação. Agrava esse contexto, a falta de diferenciação clara entre o papel dos sindicatos das profissões liberais ou das profissões diferenciadas e os respectivos conselhos profissionais. Os papéis se confundem. Trata-se de um modelo que não estimula o

estabelecimento de relações de trabalho democráticas e que não permite ao Estado normatizar as profissões de maneira tal que a população, e não o trabalhador, tenha certeza de que determinado profissional tem a formação, a prática, as regras adequadas para não colocar em risco, durante o seu exercício profissional, vidas humanas. Aspectos relacionados à vida do trabalhador, às suas condições de trabalho são problemas que devem ser resolvidos no âmbito das relações de trabalho. Para tanto, é imprescindível a utilização de regras gerais, de padrões capazes de proteger o trabalhador durante os processos de negociação, impedindo que esse se desenvolva sob o prisma da desigualdade de forças, mas sim sob o prisma do equilíbrio entre os agentes negociantes. Condições de trabalho nas sociedades modernas devem ser pactuadas pelos trabalhadores e patrões, e não reguladas pela corporação, uma vez que toda corporação tende a se auto proteger. É natural que todo agrupamento humano, fechado em si, se auto proteja, se auto valorize.

O Ministério do Trabalho, desde 1998, adota como princípio a não regulamentação das profissões, pois, acredita que, assim, defende a concepção de que todo trabalhador pode exercer qualquer profissão. Entretanto, casos concretos, como, por exemplo a regulamentação dos cuidadores de idosos, de esteticistas ou de motoristas de ambulância, confrontam essa proposta de quebra do corporativismo, fato que deve ser corajosamente debatido. Outro aspecto que deve fazer parte desse debate é o grande volume de projetos legislativos voltados à criação, à alteração ou à regulamentação de profissões ou ao estabelecimento de pisos salariais para profissões. Há de se analisar os benefícios que o estabelecimento de pisos salariais vinculados ao salário mínimo possa proporcionar à população, contextualizando-se os impactos econômicos e a possibilidade de reajustes periódicos do piso salarial e do próprio salário mínimo.

Vale salientar que as colocações acima não traduzem uma posição contrária aos sindicatos e à sua autonomia. Pelo contrário, servem de subsídio para a defesa da quebra de toda e qualquer regulamentação que impossibilite aos profissionais se auto organizarem de acordo com os seus interesses e não em conformidade com

os interesses de pequenos grupos corporativos. Defende-se a criação de sindicatos capazes de traduzir as reais vontades dos trabalhadores e de priorizar os interesses da população brasileira.

Célia Regina Pierantoni

Professora Associada – Instituto de Medicina Social

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Diretora do Centro Colaborador da OPAS/OMS para Planejamento e Informação da Força de Trabalho em Saúde

Precisamos mudar a lógica empregada há anos para pensar e defender algumas questões relacionadas ao sistema de saúde brasileiro. Apesar de concebida como algo voltado à promoção do bem estar da população, a lógica que vem sendo utilizada, na realidade, tem levado à proteção, ao fortalecimento dos interesses pertinentes a corporações ou a grupos corporativos, muitos deles incompatíveis aos interesses distributivos ou àqueles voltados à qualidade da assistência. O sistema regulatório brasileiro, por ser absolutamente anacrônico - fato que o torna conflitante, em muitos aspectos, com a proposta do sistema de saúde do país - é um dos aspectos a ser considerado nesse processo de reflexão. Há de se questionar, inclusive, se os parâmetros de regulação adotados no país chegam a ser apropriados ao sistema único de saúde.

Por outro lado, é necessário refletir sobre os atores envolvidos no processo de regulação, aprofundando inclusive a concepção que vem sendo utilizada para delimitar o conceito de representação da sociedade civil. Considerando a existência de um processo de regulação que comporta a participação do Ministério do Trabalho, da Saúde, da Educação e, teoricamente, de uma sociedade suprida por processos de trabalho marcados pela falta de comunicação entre os atores e pelo desconhecimento da população atendida, há de se questionar o que vem sendo realmente compreendido por representação da sociedade civil, e, se o modelo de representação que vem sendo adotado no país não deixa de ser favorável aos grupos corporativos.

A trajetória histórica do SUS sinaliza ser este o momento de se produzir mudanças. A análise do sistema regulatório passa pela análise dos limites de cada profissão; não é possível realizar o desenho de uma prática profissional, de um campo de conhecimento profissional, sendo o sistema regulatório não revisado nunca e por ninguém. É impossível ter um sistema de saúde universal, capaz de comportar todas as diferenças como as contempladas pelo SUS, se os campos de práticas são revisados exclusivamente pelos próprios profissionais de cada categoria, uma prática que engessa a capacidade de diálogo entre as profissões e fortalece a perspectiva corporativa presente no sistema de auto-regulação. Urge refletir sobre a questão das novas ocupações, sobre a mudança dos campos de prática das profissões existentes, considerando o fato de ser impossível mudar, incorporar novas atividades, pensando, exclusivamente, em si mesmo, ou legislando em função do outro, afirmando que uma categoria pode fazer determinada atribuição e outra não pode. Para tanto, é preciso revisar todo o marco regulatório do país, mas não sob a perspectiva individualizada ou de corporações, mas sim do consenso entre todos os atores envolvidos no processo.

Outra questão muito relevante é como trabalhar sob a ótica não de sistemas de mando, mas sim de delegação e de supervisão, mesmo que a distância. Concepções, defendidas por algumas corporações, contrárias à supervisão a distância ou à realizada por outra categoria profissional, que não a do profissional supervisionado, precisam ser substituídas pelo conceito de universalidade, que compreende não a homogeneidade, mas sim a diversidade delimitada por região, de acordo com as características locais da população assistida. É preciso formar profissionais nos seus locais de origem, para, assim, promover a qualificação da atenção, bem como é necessário criar um sistema de regulação que tenha condições de melhorar a qualidade da saúde da população.

O momento impõe a construção de propostas que alterem essa realidade e que permitam a estruturação de um sistema regulatório flexível, capaz de garantir a integração dos profissionais de saúde e a qualificação daqueles que exercem a prática nos diferentes pontos do país, assim como capaz promover o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde.

Mesa de Encerramento

Ana Paula Cerca

*Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – DEGERTS –
SGTES – MS -Brasil*

Inicialmente, destaco a qualidade do debate realizado nesse evento, que se reflete no conjunto de propostas apresentadas, algumas polêmicas, outras a serem submetidas a estudos para aprofundamento. Sem dúvida, um complexo debate foi iniciado. Novas discussões serão necessárias, para que ocorra um ciclo de continuidade.

O Ministério da Saúde tem realizado significativos esforços no campo da gestão e da regulação do trabalho, como o de organizar uma plataforma de recursos humanos que integra base de dados qualitativos e quantitativos, por meio da Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH). Gerar e trabalhar com indicadores sobre recursos humanos em saúde e monitorar tendências não são tarefas simples. Por isso, é preciso ressaltar e agradecer o esforço realizado pelo conjunto de parceiros envolvidos nesse trabalho.

Acreditamos ser preciso realizar estudos para aprofundar conhecimentos quanto à demografia das profissões. Estudos já realizados indicam caminhos

iniciais a serem trilhados. A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP-SUS, importante fórum paritário de democratização das relações de trabalho no SUS, criado há dez anos, deverá funcionar, também, como espaço privilegiado de discussões, que deverão acontecer em vários espaços estratégicos como no Congresso Nacional, nas entidades sindicais, nos espaços do SUS de controle social. Além disso, pesquisadores terão o papel fundamental de subsidiar a tomada de decisões com estudos e evidências. É preciso trilhar caminhos, para encontrar propostas de forma conjunta.

Felix Rigoli

Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS

Os grupos de trabalho realizaram produtivas discussões e apresentaram uma síntese muito interessante do seu trabalho na plenária final. Ficou evidente que existe um descompasso entre o que era feito na regulação das profissões de saúde com o que precisa ser realizado. Parece haver desarmonia, pois a regulação estatal, voltada para a formação e exercício profissional e para o SUS, não estão caminhando na mesma velocidade e na mesma direção. Mudanças são necessárias. É preciso que se pense globalmente o sistema de saúde, vislumbrando-o como um sistema nacional de saúde.

Os grupos identificaram ser fundamental inserir a sociedade civil no debate e na tomada de decisão. A regulação não pode ser realizada apenas pelas diferentes categorias profissionais. Paralelamente, há a necessidade de se constituir uma legislação genérica. É impossível, no SUS, trabalhar-se isoladamente diante das várias profissões existentes. É preciso criar marcos regulatórios que unam as profissões de saúde, e não que as separe.

Devemos saber quantos somos, onde estamos, o que fazemos, qual a necessidade de recursos humanos. Para isso, pesquisas devem ser realizadas

permanentemente, para que, sempre que houver algum debate sobre regulação do trabalho e das profissões em saúde, novos números e indicadores estejam disponíveis para subsidiar as discussões.

Ressalto que foi muito interessante ouvir o debate sobre migração do profissional de saúde, especialmente o médico. Quando cheguei ao Brasil, praticamente não existia discussão sobre o tema. O Brasil é um país que está crescendo muito. A discussão realizada de forma mais ampla ainda está por começar. Espero que não seja um debate focado apenas no Programa Mais Médicos, mas sim um fórum permanente voltado para a saúde e para suas profissões, com a participação de toda a sociedade.

Miraci Mendes Astun

*Coordenadora Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde -
DEGERTS/SGTES/MS*

Agradeço a todos os participantes presentes ao evento, que vieram de vários locais do país e de outros países. Agradeço especialmente a OPAS, a equipe do DEGERTS e a assessoria da SGTES.

As apresentações dos grupos de trabalho mostraram que o debate realizado nesse evento foi muito rico. O material produzido, de certa forma, sintetiza o que está sendo pensado e discutido na SGTES.

Mozart Júlio Tabosa Sales enfatizou algo muito importante. Devemos nos pautar sempre naquilo que será melhor para o SUS e para a população brasileira. Mudanças são necessárias, e, como todo processo de mudança, muitas vezes vêm associadas a inseguranças. Entretanto, devemos acreditar que juntos poderemos

fazer um debate de envergadura, propor alternativas e soluções que apontem para desejáveis e necessárias transformações.

O seminário cumpriu seu objetivo. O resultado dos trabalhos de grupo demonstra essa constatação. Só teremos uma estrutura capaz de resolver os problemas evidenciados nesse evento, se contarmos com a participação de todos, se aprofundarmos nossos estudos e debates. Trata-se de propostas a serem construídas coletivamente, de forma democrática. Inexiste um projeto pronto. Conquistamos, no país, uma democracia e devemos lutar pelo seu fortalecimento.

Esse seminário encerra um ciclo inicial de debates sobre regulação das profissões em saúde no país. No ano de 2012, foi realizado internamente duas oficinas para discussão desta temática. Esse evento, inicialmente previsto para 2012, foi adiado para os dias de hoje, com o intuito de possibilitar a construção de algo mais sólido, com maior consistência. Vamos juntos continuar a debater a questão da regulação do trabalho e das profissões em saúde, tarefa que é extremamente importante para o país.

Trabalhos de Grupo

Grupo de Trabalho -1

Tema: Experiências de regulação do trabalho e das profissões em saúde

Pergunta Norteadora: Quais são os pontos críticos identificados relativos às experiências de regulação do trabalho e das profissões em saúde?

- Segmentação das profissões;
- Conflitos nos processos de trabalho;
- O que existe hoje no marco regulatório das profissões não dialoga com o SUS;
- Existe um descompasso entre as formas de regulação da formação e a do exercício profissional;
- Pouca difusão da informação;
- Faltam proposições para enfrentar a mídia;
- Dificuldades no trabalho multiprofissional;
- Dificuldade de comunicação do governo com os Conselhos;
- Como se faz a redefinição do escopo de práticas das profissões;
- Necessidade de fazer um dimensionamento da força de trabalho;
- Distância entre o MS e o MEC para definir diretrizes profissionais.

O que o grupo identifica como possíveis soluções frente aos pontos críticos identificados?

- Análise dos postos de trabalho para adequar o que cada profissional deve fazer, para adequar a responsabilidade de cada profissional a fim de melhorar a qualidade da assistência;
- Unir o governo para fazer a deliberação efetiva a respeito das necessidades da sociedade e da redefinição de escopos de prática;
- Criação de uma legislação “guarda-chuva”;
- Fazer o comparativo entre países e revisar as estruturas que podem ser reavaliadas;
- Melhorar o nível de informação dos vários segmentos da sociedade;
- Inserir a sociedade civil na representação dos Conselhos de categoria profissional á exemplo do Canadá;
- Melhorar os canais de comunicação;
- O SUS deve ser percebido como uma política de Estado, permanente para a sociedade e para tanto não deve ser suscetível às oscilações políticas;
- A política de desenvolvimento e defesa do SUS deve ser transversal na sociedade;
- Deve haver melhor publicidade dos resultados das políticas implementadas.

Grupo de Trabalho - 2

Tema: A regulação do exercício profissional de migrantes e processos de integração regional

Pergunta Norteadora: Quais são os pontos críticos identificados relativos à regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade?

Pontos críticos:

- Língua e cultura diferentes;
- Tratamento diferenciado para os estrangeiros;
- Revalida insuficiente para avaliação do profissional;

- A migração deve ser pensada também do ponto de vista do país que perde profissionais (“*braindrain*”) – podem ter maiores dificuldades de atrair e fixar profissionais;
- Insatisfação do profissional migrante no local de atuação (por diversos motivos: cultura diferente; péssimas condições de trabalho, etc.);
- Formação de profissionais estrangeiros no Brasil que voltarão para o seu país de origem e que são inclusive tratados de formas diferentes pelas instituições públicas. (Ex.: profissionais africanos formados mediante parceria entre os governos);
- Diferenças salariais entre os migrantes e os brasileiros (ex.: cubanos);
- Ausência de PCCS para os profissionais;
- Ausência de estruturação física e estrutural;
- LRF que propicia a contratação de profissionais por vínculos precários, incluindo os estrangeiros.

Propostas:

- Buscar manter espaços de diálogo, entre as diversas representações (governo, entidades sindicais, conselhos de saúde, etc.);
- O Revalida como um processo contínuo e não apenas como uma prova (pontual) e que seja pactuado entre o governo, tendo em vista a política nacional de saúde e as necessidades loco-regionais, e os conselhos profissionais;
- Tutoria que acompanhe grupo de profissionais migrantes para melhor formação;
- Legislação “guarda-chuva” que abarque a regulamentação da migração de todos os profissionais de saúde; e estabelecimento de práticas comuns;
- Protocolo de interação mútua – parceria entre os países que recebem e ofertam os profissionais para facilitar a migração;

- Planejar um programa de aculturação e formação básica (migrante externo e interno) para apropriação dos termos, costumes locais, doenças prevalentes regionais, políticas públicas, etc.;
- Estudo de avaliação de grade curricular do migrante que facilite o processo de revalidação;
- Melhoria de infraestrutura da rede física, provimento de insumos, existência de equipe multiprofissional;
- Inserção dos profissionais de saúde na atenção primária;
- Desenvolvimento de pesquisas quali e quantitativa que forneça dados mais fidedignos e que possa, por consequência, subsidiar a tomada de decisão;
- Projeto piloto incorporando uma experiência externa exitosa de regulamentação de migrantes que seja aplicável no Brasil;
- Implantar PCCS;
- Complementação do governo federal para os municípios que ultrapassem o limite prudencial estabelecido pela LRF para manutenção das equipes multiprofissionais, conformadas, sobretudo, por profissionais migrantes.

Grupo de Trabalho – 3

Tema: A regulação da formação dos profissionais da saúde frente às transformações e necessidades da sociedade

Pergunta Norteadora: Quais são os pontos críticos identificados relativos à regulação da formação dos profissionais da Saúde frente às transformações e necessidades da sociedade

- Confusão entre autonomia universitária, soberania e independência;
- A ausência do Estado como regulador;
- Ainda hoje se constata a formação num contexto político ideológico centrado no modelo médico, medicamento, doença e doente;

- O problema está que hoje quem ordena a formação é o MEC e o Conselho Nacional de Educação que são impermeáveis às deliberações do SUS;
- O Conselho Nacional de Educação é composto por segmentos ideologicamente contrários ao SUS, e não conseguem incorporar o que a constituição determinou no artigo 200 inciso III, a ordenação da formação na área de saúde compete ao SUS, há um conflito de competências na compreensão do CNE, esta ideia está presente no parecer das 11.33 diretrizes curriculares;
- Carga horária mínima dos cursos inadequada para o atendimento das demandas da área da Saúde;
- Descompasso entre a formação de profissionais técnicos, a absorção no mercado de trabalho e as necessidades do SUS;
- Inexistência de uma agenda comum em torno da formação e das demandas;
- Insuficiência de estudos e pesquisas na área da regulação da formação dos profissionais da saúde para subsidiar as políticas;
- Inexistência de uma política reguladora dos campos de estágio nos processos formativos em saúde;
- Insuficiência de recursos financeiros com a formação;
- Percepção de que os Ministérios, Saúde e Educação pensam cada um no seu lado. E o lado do usuário?;
- Como os Conselhos estaduais devem ser tratados sobre a criação de novos cursos?

O que o Grupo propõe como possíveis soluções frente aos pontos identificados?

- Garantir mecanismos legais para que o CE e o MEC acatem as deliberações do CNS;
- O Estado deve exercer a liderança na Regulação e investir na transdisciplinaridade e no fortalecimento da atenção básica como ordenadora do cuidado;

- Propor uma agenda das necessidades da sociedade, da população, unir esforços para junto com as todas as categorias estudar e apresentar propostas para a Regulação;
- Elaborar agenda comum entre os MS e MEC sobre os processos educativos e sobre a regulação das forças de trabalho;
- Equilibrar a relação entre a oferta e a demanda da formação de profissionais;
- Convidar estudantes, pesquisadores, professores, para produzirmos, para termos mais bases teóricas para o campo da Regulação;
- Propor PL que regulamente a ordenação da formação das forças de trabalho no SUS
- Recomendar 4.000 horas mínimas, com 20% para o estágio (profissões da saúde);
- Verificar como os gestores locais absorverão os egressos dos Cursos de formação na saúde;
- Criar uma Câmara Técnica ou Subcâmara de Educação na Área da Saúde no CNE ou articular a Câmara Técnica de Educação Superior com a Câmara Técnica de Ensino Técnico;
- Envolver os Estados e Municípios no processo da Regulação;
- Criar Sistema nacional Saúde/escola e estruturar redes assistenciais docentes;
- Dar ênfase na formação de preceptores e professores, ao lado da formação de gestores;
- Fortalecer as relações entre o MEC/MTE/MS, mais especificamente com o CNE e com a Câmara de Educação Superior;
- Reestruturar a composição do CNE nos moldes da composição do CNS (trabalhadores, prestadores de serviço, gestores, usuários);
- Rever as diretrizes curriculares com a participação de gestores, trabalhadores e usuários da Saúde;
- Fortalecer as relações entre o MEC/MTE/MS, mais especificamente com o CNE e com a Câmara de Educação Superior;

- Reestruturar a composição do CNE nos moldes da composição do CNS (trabalhadores, prestadores de serviço, gestores, usuários);
- Rever as diretrizes curriculares com a participação de gestores, trabalhadores e usuários da Saúde;
- Propor PL para ordenar a formação dos recursos humanos na saúde e definir quais são as competências do CNE e MEC e do CNS e MS de acordo com o art. 200, inciso III da CF 1988;
- Possibilitar a participação de usuários na instancia que cuidara da regulação da formação e da regulação dos processos de trabalho dos profissionais para encaminhar discussões e propostas relacionadas à Regulação da formação profissional;
- (Venezuela): Definir a necessidade do Sistema Público Nacional de Saúde. Que serviços necessitam as pessoas, as demandas, as carências de profissionais, para o Estado suprir seu papel e oferecer serviço de qualidade. A integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação são necessárias. O Estado, MS, que possa definir os perfis e competências de cada área profissional, O MS deve assumir papel fundamental.

Grupo de Trabalho - 4

Tema: Desafios da regulação profissional do trabalho em saúde

Pergunta Norteadora: Quais são os desafios à regulação profissional do trabalho e das profissões em saúde?

O que o grupo propõe como possíveis soluções frente aos desafios identificados?

- Envolver todos os atores (entidades de trabalhadores, usuários, gestores, instituições de ensino superior e técnico, entre outros) no processo de discussão da regulação profissional do trabalho e das profissões em saúde;

- Mapear a realidade de atuação de todas as profissões e trabalhadores de saúde no Brasil, coletando e mantendo atualizados, dados de profissões, vagas, profissionais, etc.;
- Atrelar as discussões de reforma de regulação profissional a outras demandas fundamentais a saúde e a regulação da educação superior e técnica;
- Abarcar no processo, não só as profissões já regulamentadas, mas também as profissões não regulamentadas seja de ensino superior ou ensino técnico;
- Articulação entre os Ministérios do Trabalho e Emprego, MEC e MS e suas instâncias colegiadas;
- Contemplar dos serviços básicos aos mais complexos e especializados;
- Pensar nas relações para o exercício profissional (carreira) – isso reverberará numa plena reformulação da CBO/MTE;
- Análise dos procedimentos do SUS e sua vinculação ao Código Brasileiro das Ocupações (CBO's);
- Reafirmar a recomendação CNS nº 024 de 2008, que recomenda carga horária mínima de 4.000 horas com integralização mínima de 4 anos;
- Apoiar a orientação do Conselho Nacional de Saúde sobre a prestação de serviço civil obrigatório no SUS;
- Reafirmar que qualquer discussão sobre regulação do trabalho em saúde no Brasil deve pautar-se nas diretrizes constitucionais do SUS;
- Reafirmar a NOB-RH SUS.

Glossário

AGENAS - Agência Nacional dos Serviços Regionais de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

BNI - Banco Nacional de Itens

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

CF - Constituição Federal

CFPC - Colégio de Médicos de Família do Canadá

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNE - Conselho Nacional de Educação

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Contag - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura

CRM - Conselho Regional de Medicina

CRNE - Canadian Registered Nurse Examination

CSSF - Comissão de Seguridade Social e Família

DAB - Departamento de Atenção Básica

Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS

Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN

Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS

INCOR - Instituto do Coração

Instituições de Ensino Superior – IES

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps

Lei de Diretrizes Básicas – LDB

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

Ministério da Educação MEC

Ministério da Saúde – MS

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

ObservaRH - Observatório de Recursos Humanos de Saúde

ONGs - Organizações não Governamentais

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OPAS – Organização Pan-America da Saúde

PBL - Aprendizagem Baseada em Problemas -

PITS - Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

Promed - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

RCPSC - Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá

RMS - Reunião de Ministros da Saúde

SERES - Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior

SESU - Secretaria de Educação Superior

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde