

As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades

The state reforms, health reforms and the human resources: limits and possibilities

Celia Regina Pierantoni ¹

Abstract *The transformations brought by the Brazilian State reforms detach old problems and present new ones to health human resources. This paper examines the development of human resources in public policy concerning the State reforms in the 90's. It points out the need of enlargement and improvement of the knowledge about the work developed in health which involves general administration, professional sociology, technologic knowledge, economical analyses, learning processes, among others. It identifies three critical dimensions to the approach of health human resources that need to be analyzed and followed by special mechanisms of specific and not excluding intervention: the management, the structural and the regulatory dimensions. It emphasizes the need to reintroduce the health professionals as active members of the implementation policies in political, management, technical and social aspects.*

Key words *State reform, Health reform, Health human resources, Health policy, Health management, Economic health policy*

Resumo *As transformações observadas a partir da implementação da reforma do Estado brasileiro destacam antigos problemas e introduzem outros novos para a área de recursos humanos em saúde. Este trabalho examina o desenvolvimento da área de recursos humanos (RH) nas políticas públicas, tendo como referencial as reformas da política nacional de saúde na década de 1990 no Brasil. Aponta para a necessidade de ampliação e aprofundamento do conhecimento sobre o trabalho desenvolvido na área de saúde que envolve a abordagem da administração geral, da sociologia do trabalho e das profissões e especialidades, do desenvolvimento tecnológico, das análises econômicas, dos processos de aprendizagem, entre outras. Identifica dimensões críticas para a abordagem de recursos humanos em saúde que necessitam ser analisadas e acompanhadas de mecanismos de intervenção específica e não excludentes: a dimensão gerencial, a dimensão estrutural e a dimensão regulatória. Destaca a necessidade de intervenções que reintroduzam os profissionais de saúde na centralidade do debate como participantes da implementação das políticas em seus aspectos político, administrativo, técnico e social.*

Palavras-chave *Reforma do Estado, Reformas da saúde, Recursos humanos em saúde, Política de saúde, Gestão em saúde, Economia política da saúde*

¹ Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social da UERJ. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rua São Francisco Xavier 524/7º andar, Bloco E, Maracanã, 20550-013, Rio de Janeiro RJ. pieranto@uerj.br

Introdução

A área de recursos humanos (RH) ocupa a temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há pelo menos três décadas. No entanto, a introdução de modalidades diferenciadas da relação do Estado com prestação de serviços e a implantação de novos modelos assistenciais experimentada, por exemplo, em propostas como o Programa de Saúde da Família (PSF), implantadas na década de 1990 contingenciam questões conhecidas e não resolvidas.

Na sua origem, a questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os **recursos humanos** (RH).

No plano analítico recente das reformas do sistema de saúde, podemos situar dois momentos referenciais: a definição constitucional do Sistema Único de Saúde, na década de 1980, e a definição macropolítica da reforma do Estado. Na área de RH em saúde esses marcos não são tão delimitados e se desenvolvem em um *mix* inovador e conservador com uma característica marcante: inovador, pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e, ao mesmo tempo, conservador, pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de saúde focadas na área de recursos humanos.

Essa aparente contradição entre o conhecimento do “problema” e a adoção de estratégias para solucioná-lo pode ser identificada entre os processos que envolvem a construção do sistema de saúde e a trajetória das políticas setoriais. Estão incluídas, por um lado, nos conflitos que Levcovitz (1997) muito bem situou para o campo da formulação e implementação das políticas de saúde no Brasil. Como enfatiza o autor “os avanços e retrocessos resultantes do confronto dos componentes teórico-conceituais e político-ideológicos do projeto reformista com a realidade das restrições e condicionantes à implementação de políticas públicas ressaltam a existência de um expressivo conjunto de conflitos fundamentais. Estes encontram expressão real na trajetória das políticas de saúde desde as suas mais remotas origens, e sofrem radical explicitação nos vinte

anos de regime autoritário ou no próprio processo de reforma do sistema e, ainda hoje, estão antepostos aos formuladores, gestores, analistas e avaliadores dessas políticas” (...).

De outro lado, nas intrincadas relações estabelecidas com a temática de recursos humanos em saúde que envolvem diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias também expostos a “conflitos fundamentais”,¹ não regulados pela política setorial. Esses sistemas incluem todo o aparato educacional brasileiro e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas ampliadas para recursos humanos e no aparato jurídico-legal que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões à normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões.

Recentemente, os debates introduzidos pelas concepções de **modelos gerenciais inovadores** que consubstanciem as reformas setoriais propostas realocam a dimensão recursos humanos entre as questões centrais para a gestão do sistema de saúde.² As novas modalidades de administração pública introduzem como referencial a flexibilidade associada a conceitos que envolvem a capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado.

De um lado, essa flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação público-privado, na área da saúde tem assumido conformações várias: desde modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde (expressas por organizações sociais, fundações, organizações sociais de interesse público), interpondo-se em terceirizações de um conjunto de atividades em uma unidade prestadora de serviços (incluindo os relativos à atividade gerencial) até a contratação de prestadores individualizados. Com relação a estes últimos, as modalidades de vinculação aos serviços públicos de saúde têm mostrado uma capacidade criativa e multiplicadora aparentemente inesgotável.

De outro, refere-se à adaptabilidade dos processos gerenciais desenvolvidos no setor privado para o setor público prestador de serviços de saúde. Embora as bases técnicas do trabalho desenvolvido nos dois setores sejam iguais, as diferenças podem ser pontuadas por critérios definidos a partir dos objetivos organizacionais. No setor privado, as medidas de base econômica, ainda que reducionistas, podem balizar os critérios de aferição de eficiên-

cia na prestação de serviços. No setor público, essas medidas estão relacionadas a conceitos mais amplos e, em última instância, importam em critérios difusos relacionados com bem-estar social, satisfação do usuário e cidadania.

As concepções de gerencialismo estão relacionadas com outros aspectos da multidimensionalidade que cerca o tema recursos humanos em saúde, que incluem, além das já apontadas, diferentes profissionais³ com especificidades distintas incorporadas no processo de trabalho e no desenvolvimento do trabalho coletivo⁴ em saúde. Por outra via, um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor (desempenhando funções auxiliares em diversos planos laborais) acentua as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado e da retribuição financeira.

Essa composição múltipla é hoje acrescida de outros profissionais, de áreas não especificamente correlacionadas com o trabalho desenvolvido na prestação direta de serviço em saúde. A incorporação acontece como consequência do desenvolvimento tecnológico (informática), da apuração de técnicas para aferimento dessa prestação viabilizada por sistemas de controle e de custos (economistas e administradores especializados) e do aprimoramento e desenvolvimento de novas áreas (engenharia clínica), entre outras.

As bases técnicas e sociais desenvolvidas no trabalho em saúde representam, hoje, para além de um conjunto de transformações cotidianamente relacionadas com a história da medicina, um processo mais ampliado de transformações da sociedade relacionado com a estrutura social, a organização política e cultural.

Reformas do Estado: foco na área de recursos humanos

O setor público possui uma longa tradição de reformas administrativas desencadeadas, geralmente, no começo de um novo governo com rótulos diversificados e modeladas a partir das teorias clássicas da administração. Com pressupostos meramente tecnicistas, essas reformas são concebidas para supostamente prover adequação da máquina pública aos planos do governo.

As duas reformas administrativas anteriores que marcaram um remodelamento do Esta-

do foram as realizadas no período dos anos 30 (Era Vargas) e a dos anos 60, na ditadura militar. A primeira representou o processo de construção do Estado desenvolvimentista nacional e demandou a adequação das estruturas administrativas para o exercício do poder centralizado e organizador dos interesses da sociedade. Além do aparelho administrativo (o Departamento de Administração do Serviço Público/DASP e plano de carreiras), foram criados importantes instrumentos de viabilidade de políticas sociais da previdência social, trabalhista, econômica, fiscal, entre outras (Diniz, 2000).

A segunda, com o decreto-lei 200, flexibilizou a administração pública e viabilizou a presença do Estado na área econômica, permitindo a substituição de importações iniciada na década de 1930, rompendo com os entraves burocráticos que limitavam a expansão do capital associado (Fleury, 1997). As reformas do Estado no Brasil, a partir da década de 1990, são tratadas de forma incremental e segmentadas no governo de Itamar Franco (1992). O sucesso do Plano Real e a eleição de Fernando Henrique Cardoso no mesmo ano (1994) trazem a reforma do Estado para uma discussão mais articulada, com o objetivo de inserção do país no mercado internacional.

No plano internacional, as reformas⁵ implementadas na década de 1980, processos de mudança da gestão do setor público, foram precipitadas ou incluídas em transformações que objetivavam adaptar o setor ao aparecimento de uma nova economia política. Assim, a nova administração pública tem formatado as reformas da administração pública em países da OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), da Europa oriental, anglo-saxões, como Austrália e Nova Zelândia, além da América Latina.

Entre as razões explicitadas para impulsionar essas mudanças, está o enfraquecimento do poder dos sindicatos, determinado, entre outras coisas, pelo avanço da terceirização e a mudança das formas tradicionais de negociação salarial coletiva para formas de recompensa e avaliação baseadas em contratos e desempenho. Outra razão apontada relaciona-se com o enfraquecimento da autonomia profissional no próprio setor público, caracteristicamente um setor muito profissionalizado. Estas observações podem ser visualizadas na carreira docente com acordos salariais impostos, limitando a responsabilidade dos professores sobre o desenvolvimento curricular e sobre as formas

mais abrangentes de controle na educação superior relacionadas com pesquisa e ensino. Na saúde, a presença de uma nova estrutura de administradores generalistas na área da assistência à saúde tem favorecido a perda de espaços profissionais dos médicos.

O fortalecimento do pensamento “a administração cabe ao administrador” ampliou o espaço para administradores públicos reconhecidos como instrumento responsável pela imposição de muitas das mudanças, o que resultou em aumento de cargos para funções de administração geral, finanças, auditoria e informação, entre outras. Outro ponto destacado refere-se à formação de uma elite nomeada pelo Estado, não submetida a processos eleitorais, desempenhando o papel de diretores não executivos, com experiências e competências desenvolvidas no setor privado.

Essas observações foram listadas por Ferlie *et al.* (1999)⁶ e se referem ao contexto observado na Inglaterra. Podem ser replicadas para outros países, inclusive os latino-americanos e superpostas para o caso brasileiro (Diniz, 1997; Azevedo & Andrade, 1997; Kettl, 1998; Abrucio, 1998; Bresser Pereira, 1998; Almeida, 1999; Viana, 1997, entre outros).

Almeida (1999) apresenta uma lista dos consensos estabelecidos na chamada “reforma orientada para o mercado”. Nessa lista a flexibilidade gerencial apresenta-se promovida de diversas formas, mas centrada na quebra de monopólios estatais, diminuição do quadro de funcionários públicos e dispensa de excedentes; a remoção de barreiras burocráticas com substituição do “controle burocrático hierarquizado” pelo gerenciamento pela qualidade total; atendimento às demandas do consumidor (cidadão/cliente) em contraponto aos interesses de burocratas e políticos; construção de uma gerência eficiente estimulada pela introdução da competição de mercado; utilização da terceirização e de investimentos em novas tecnologias (organizações mais leves) e atenção diferenciada para os processos e procedimentos, em detrimento do fortalecimento ou de mudanças na estrutura organizacional.

No Brasil, o foco central da reforma da década de 1990, na prática, estabeleceu metas para privatização de um lado e, de outro, a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho. A autonomia financeira e administrativa alcançada por esta modalidade de gestão poderia romper com a estabilidade do regime jurídico único (RJU), possibilitando a

dotação de mecanismos mais eficientes para contratações e dispensas na máquina pública em benefício de uma maior eficiência.

A favor dessas propostas encontrava-se uma opinião pública fortemente cooptada pelos meios de comunicação, especialmente no governo de Fernando Collor de Mello,⁷ que fortaleceu o descrédito no funcionalismo público, o que terminou por neutralizar os próprios trabalhadores do setor. O efeito produzido, no entanto, demonstrou que a demissão em massa não resolveria a ineficiência da burocracia estatal.

É consensual que a natureza dessa ineficiência seguramente não pode ser relacionada com aspectos quantitativos, mas com aspectos qualitativos que envolvem, entre outras coisas, o baixo investimento dispensado e acumulado para as atividades de desenvolvimento de recursos humanos. As conseqüências do baixo investimento podem ser aferidas pela pouca profissionalização e conseqüente estabelecimento de baixa valorização do trabalho realizado. Essas condições se agravam pela ausência de perspectivas de melhor remuneração, transformando o vínculo público em fonte de renda “adicional”.

Assim, o caminho escolhido pela reforma, a partir da escolha de soluções quantitativas para ajustar as contas públicas, direciona a implementação dessas políticas e o enfoque da área de RH no caminho inverso do assumido pelas “empresas privadas”, origem primeira do modelo de administração gerencial. Nestas a centralidade na valorização de recursos humanos está direcionada para a obtenção de graus de excelência na produção de bens e serviços, assim como na promoção e viabilização de mudanças organizacionais.

Com relação ao modelo de organizações sociais e contratos de gestão, não podemos deixar de ressaltar que este já foi experimentado anteriormente pelo decreto-lei 200 (1968), que instituiu as autarquias e fundações como agências do Governo encarregadas da execução de atividades para as quais o setor público havia demonstrado incapacidade. O que se observou é que tais agências canalizaram recursos técnicos e financeiros em sua área de atuação e promoveram um esvaziamento das esferas ministeriais responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas, estabelecendo relações de conflito. Mais ainda, a ausência de controle social facilitada pelo regime político vigente, associada a uma cooptação dessas agên-

cias por grupos de interesse, determinou “o uso da máquina pública para interesses privados” (Andrews & Kouzmin, 1998).

Outro ponto que merece destaque no cenário de implantação da reforma no Brasil é a excessiva concentração tecnocrática, acentuando o distanciamento entre o executivo e o legislativo, via edição de sucessivas medidas provisórias. O fato acentua as tendências patrimonialistas da administração pública. Przeworski (1998) chama atenção para a necessidade de fortalecimento e controle da burocracia como forma de reverter interferências particularizadas no processo decisório à luz da perspectiva *agente x principal*. O uso indiscriminado do poder de decreto contribuiria para acentuar o poder discricionário do Estado, estabelecendo situações de restrição dos mecanismos de controle, aprofundando o déficit de *accountability* historicamente acumulado (Diniz, 1997).

A emenda de reforma do Estado é aprovada no Senado em 1998, após um período de dois anos e meio de tramitação. Aponta para questões centradas nas relações de trabalho e nos contratos de gestão, a saber:

- estabilidade do funcionário público: os funcionários podem ser demitidos por critérios de insuficiência de desempenho ou nos casos em que a folha de pagamento da receita da instância pagadora – federal, estadual ou municipal ultrapasse 60%⁸ em despesas com pessoal. Estabelece sanções aos estados e municípios que não promovam ajustes nos limites preconizados através de interrupção de repasses de recursos federais;
- alteração do Regime Jurídico Único: o RJU, regime dos servidores públicos civis da administração direta, autarquias e fundações, estabelecido pela lei nº 8.142, de 1990, é substituído por formas “flexibilizadas de contratação” alcançáveis pelos regimes trabalhistas vigentes em todos os níveis da administração pública;
- critérios para remuneração: são definidos tetos e subtetos de remuneração, com a supressão da palavra isonomia do texto constitucional. As alterações salariais passam a vigorar a partir da aprovação de projeto de lei específico sujeito a veto presidencial;
- contratualização: a partir do estabelecimento de objetivos específicos para atuação, os órgãos da administração pública podem firmar contratos com o poder público, estabelecendo, entre outras coisas, autonomia em sua área de atuação;
- descentralização: servidores e bens públicos podem ser realocados entre órgãos e entidades

da administração. Estabelece a possibilidade de formação de consórcios para a prestação de serviços públicos.⁹

Podemos afirmar que, na área da saúde, das soluções apresentadas para viabilizar a reforma do Estado brasileiro, apenas as relacionadas com a área de RH realmente apresentaram impacto, por introduzirem modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculo trabalhista, direitos e vantagens e carreiras do serviço público. Com relação às Organizações Sociais, o caráter polêmico da viabilidade técnica e jurídica da proposta impediu sua generalização. O que ocorreu foi a proliferação de soluções individualizadas que percorrem o espectro de total adesão ao modelo (como no Estado da Bahia, por exemplo), à adoção de formas de gestão existentes anteriormente (por exemplo, as fundações de apoio e a terceirização, esta sob um novo modelo).

As soluções utilizadas até o momento para viabilizar a reforma do Estado não se têm apresentado como um caminho claro para a “eficiência” desejada no discurso (Cherchiglia & Dallari, 1999). Em alguns casos, como na área de RH, provocaram impactos negativos, agravando deficiências acumuladas durante anos ou a proliferação de formas alternativas de vínculos contratuais com as diferentes esferas públicas, em uma multiplicidade de modelos que necessitam de tempo para avaliação da efetividade de seus resultados tanto para a administração pública como para a prestação de serviços. O modelo de privatização acelerada do Estado hoje encontra questionamentos entre seus principais formuladores.¹⁰

Recursos humanos e as reformas da saúde

As reformas de Estado têm modificado as relações que regulam a área de RH: neste conjunto destacam-se as transformações das relações de trabalho focadas na flexibilização, na eficiência e na desregulação, como vimos anteriormente.

Desta forma assiste-se à flexibilização das relações laborais focadas na estabilidade no emprego, por um lado, que favorece a proliferação de formas e vínculos não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração. De outro, uma demanda por quadros qualificados, com uma capacidade de adaptação crescente às mudanças tecnológicas dos processos de produção e facilmente cambiáveis. Acentua-

se a ênfase em processos de profissionalização, na introdução de mecanismos de avaliação de desempenho e na capacitação para adequação técnica desejada. Com relação à remuneração, aponta-se o estabelecimento de formas diferenciadas, que incluem a introdução de parâmetros estabelecidos e relacionados com produtividade e desempenho (Castro, 1999; Dal Poz *et al.*, 1998).¹¹

As mudanças operacionalizadas pelas reformas do sistema de saúde ressaltam três dimensões críticas para recursos humanos setoriais, que necessitam ser analisadas e acompanhadas de mecanismos de intervenção específica e não excludentes: as que envolvem aspectos relacionados com a gerência de sistemas e serviços de saúde (dimensão gerencial), as vinculadas com questões relativas à formação e a disponibilidade do mercado de trabalho (dimensão estrutural) e as concernentes a mecanismos de interação entre o processo de trabalho e a legitimação profissional (dimensão regulatória).

Aspectos da dimensão gerencial

O momento inicial da reforma do Estado empreendida, na década de 1990, no Brasil, foi estabelecido por uma vertente econômica quantitativa que se mostrou menos eficaz para redução de custos do que para deterioração do quadro funcional existente, através de demissões diretas, aposentadorias e programas de estímulo a demissões (Programas de Demissão Voluntária — PDVs). Esse quadro foi predominante na esfera federal, mas se estendeu também principalmente para níveis subnacionais contingenciados pela dívida com a União.

Na área da saúde, entretanto, a reforma do Estado aponta num quadro de reforma do sistema, direcionado pelas proposições do SUS que, apesar da diversidade observada, apresentava na descentralização um caráter comum (Viana, 1996). A par ou como consequência das proposições reformistas para o Estado, a descentralização, com mudança do foco tanto do planejamento e execução como também de participação no financiamento, proporcionou o desenvolvimento e proliferação de experiências de novos modelos de gestão dos serviços de saúde. Essas experiências foram desenvolvidas inicialmente em hospitais, envolvendo aspectos de organização do trabalho a partir de iniciativas estaduais e municipais ou das próprias instituições de saúde.

Os gestores têm procurado viabilizar a operacionalização dos serviços de saúde, mediante a busca de um certo grau de autonomia, tanto para organização da prestação de serviços como para a disponibilização de meios para sua execução. Assim, foram desencadeadas parcerias regionais, como os consórcios intermunicipais; a utilização de soluções alternativas de compromisso, como terceirização, nas mais diversificadas modalidades; a criação de cooperativas; a vinculação mista mediada por entidades de direito privado, entre outras.

Essas soluções compõem o cardápio diversificado de alternativas para gestão e para articulação contratual de recursos humanos, para fins de execução de metas propostas para o setor: a necessidade de ampliar cobertura, ativar ou operar serviços e implantar novos modelos assistenciais facilitou a proliferação de alternativas em um espaço de criatividade que não implicou a adoção de um modelo sistematizado de gestão. Além disso, as demandas do sistema de saúde e o reordenamento da gestão não foram acompanhados de reformas nos modelos da relação fiscalização (ou regulação) do Estado, relacionadas com a utilização de recursos financeiros públicos e adequação das legislações que disciplinam modalidades contratuais para a área de RH.

O levantamento realizado pelo CONASS/CDRHSUS/MS¹² (Brasil, 1997) é ilustrativo das situações observadas nas SES no período. Este levantamento acumula dados referentes a vínculos, remuneração e incentivos na área de recursos humanos, coletados via pesquisa direta com os gestores estaduais de saúde. A pesquisa identificou 13 modalidades contratuais nos dados coletados em 22 SES. Embora a maioria das formas de contratação estivesse representada pelo Regime Jurídico Único, formas combinadas estavam presentes no universo observado.

Assim, a tabela 1 explicita as modalidades de vínculo e respectivas frequências observadas no universo pesquisado.

Entre as formas de remuneração, a pesquisa distinguiu cinco modalidades, que envolviam salários definidos por PCCS, complementação salarial por produtividade ou qualidade, pagamentos por procedimentos, pagamento por resultado (em uma SES, referindo-se ao desenvolvimento de trabalho educativo na comunidade), pagamento por capitação livre, além de formas mistas (que segundo os autores podem representar dupla remuneração). Os resultados apontam que, além da remuneração de acordo

Tabela 1

Demonstrativo de tipos de vínculos referidos como adotados pelas SES consideradas – jun/97

Vínculo	Consolidado jun/97	
	Nº SES	% sobre total SES
RJU – Próprio	22	100,0
RJU – Cedido	21	95,4
CLT – Próprio	06	27,3
CLT – Cedido	05	22,7
Contratação comissionada	18	81,8
Terceirização – grupos profissionais	10	45,4
Terceirização – empresas	18	81,8
Terceirização – fundações e outros órgãos	07	31,8
Terceirização – cooperativas	01	4,5
Credenciamento	12	54,5
Contratação temporária	11	50,0
Contrato individual de prestação de serviços	06	27,3
Bolsa trabalho/ajuda de custo	08	36,4

Fonte: CONASS/CDRHSUS/MS 2. Ed. (1997)

com o PCCS, o pagamento por produtividade ou qualidade e por procedimento já era praticado por 10 (45,4%) e 7 (31,8%) SES, respectivamente (CONASS/CDRHSUS/MS, 1997).

Alguns comentários sobre as vantagens, desvantagens e recomendações dos gestores relatados na pesquisa merecem destaque. Entre eles, apontam as dificuldades de articulação entre a rigidez imposta pelo Regime Jurídico Único e a flexibilidade necessária para contratações e dispensas, de acordo com as demandas locais. Ressaltando a especificidade do setor, indicam a necessidade de promoção e adequações envolvendo as relações contratuais e a remuneração diferenciadas para a área da saúde.

As formas terceirizadas e outras modalidades apresentam sua utilização relacionada com demandas focais, quantitativas e qualitativas. O traço comum apresentado pelos gestores relaciona-se com as dificuldades de gestão e avaliação de desempenho, que incluem alta rotatividade, superposição (acumulação) indevida, temporalidade dos contratos, interferência política (clientelismo), entre outras. Embora seja a via preferencial para contratação em casos específicos (como necessidades temporárias e especializadas), essas modalidades não representam a via desejada pelos gestores.

Com relação ao pagamento de incentivos,¹³ foram agrupadas seis categorias. Estas se referiam à gratificação por produtividade, por complementação de carga horária, por exercício de cargo de confiança, além da percepção de gra-

tificações de pós-graduação, de interiorização, de desempenho. Outras formas foram listadas, não se enquadrando em nenhuma das modalidades anteriores. A pesquisa aponta a diversidade de interpretação de critérios e aplicação das diferentes modalidades de incentivos, assim como de valoração atribuída em termos de retribuição financeira e que não traduzem necessariamente o aumento de produção ou melhor qualidade da prestação de serviços. Por outra via, parecem refletir artifícios de complementação salarial em face da baixa remuneração e dos limites pecuniários impostos por legislações universais.

A autonomia conferida aos gestores e implementadores da política de saúde não foi acompanhada da participação integrada nos processos que envolvem gestão, trabalho e governo, em uma abordagem para além das questões estabelecidas por normatizações generalizadoras para a área de recursos humanos. Tal fato é reforçado pela baixa institucionalidade das questões de recursos humanos em saúde, mesmo na relação de prioridades da própria área. Essa baixa institucionalidade pode ser delimitada pela pauta de discussões levantada nos fóruns de articulação setorial representados pelas Comissões Tripartite e Bipartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, quando comparadas com outras questões debatidas (Lima, 1999).¹⁴

As questões levantadas pelos gestores estaduais de saúde podem ser superpostas para a

esfera municipal, espelhando as características de descentralização e de financiamento experimentadas na área. O seminário sobre “Política de recursos humanos para a saúde: questões na área de gestão e regulação do trabalho”, realizado em julho de 1999,¹⁵ reforça a relevância das questões que envolvem a gestão e regulação do trabalho como foco de atenção dos gestores de serviços de saúde. Os relatos dos debates desses seminários parecem excluir a possibilidade de um plano de carreira do SUS embora, em 1998, tenha sido apresentada uma proposta de Norma Operacional Básica de recursos humanos para o SUS (NOB/SUS 02/98) que, segundo as iniciais “Institui diretrizes gerais para o plano de carreira do SUS, para uma gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, e para aqueles que fazem o dia-a-dia da saúde”. O texto é apresentado para discussão pelos membros da mesa nacional de negociação do SUS (CONASEMS, CONASS, MS, ME e D, MARE, MTB, CNTSS, FENAM, Federação Nacional de Enfermeiros, Psicólogos, entre outras entidades).¹⁶

As inquietações dos gestores municipais estão ligadas às dimensões impostas por medidas relacionadas, em primeira instância, com aspectos referentes ao controle das contas públicas, conseqüentes da política de estabilização do governo federal, a redistribuição de encargos e recursos entre as três esferas de governo, que será decorrente da reforma tributária, e as características de autonomia administrativo-financeira associadas à condição de gestão plena do SUS, definidas pela NOB 01/96.

Dimensionam suas preocupações para os reflexos das reformas administrativa e previdenciária sobre os vínculos, remuneração e direitos dos que trabalham no setor público, entre outras coisas. O pleomorfismo assumido pelas inúmeras modalidades contratuais desenvolvidas na prestação de serviços de saúde sob a gestão pública vem configurando um modelo de transição em que a gestão do trabalho está cada vez mais distanciada da administração de pessoal próprio. A multiplicação de formas e objetivos da terceirização de serviços através de empresas privadas e de cooperativas, envolvendo situações tão distintas como a gerência de hospitais,¹⁷ e a operação de programas, como o PSF, configuram situações em que o gestor do sistema de saúde assume papel de “contratador de fornecedores de trabalho” (Brasil, 1999).

Tais situações demandam a análise e delimitação de consensos, por parte dos gestores,

acerca da flexibilização desejável e legítima¹⁸ e conformam um quadro amplo de “reforma informal do Estado” (Nogueira, 1999).

Assim, entre as questões críticas apontadas no seminário estão:

- aspectos relacionados com a reposição de pessoal originalmente cedido na descentralização do SUS;¹⁹
- as limitações impostas para contratação de quadros para carreiras de execução, atualmente restritas a “áreas consideradas estratégicas”, como formulação de políticas e alta administração do Estado;
- formalização da nova figura do servidor público celetista;
- os limites e possibilidades para a utilização de cargos comissionados e contratos temporários e formas de “vinculação informal”;
- relações estabelecidas através de vínculos terceirizados, como cooperativas profissionais, cooperativas gerenciais e termos de parcerias com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP);
- estabelecimento de critérios gerais de admissão que utilizem a via da habilidade técnica requerida, com critérios específicos de recrutamento (por exemplo, regionalização).

Independente da situação de momento vivenciada pela emergência das reformas, algumas características das organizações de serviço de saúde merecem ser revisitadas, no sentido de uma apreensão das facilidades ou dificuldades de adoção de um modelo gerencial. As organizações de serviços de saúde podem ser categorizadas como organizações profissionais (Mintzberg, 1995) que controlam seu próprio trabalho e são detentoras de forte influência sobre as decisões administrativas. A intervenção de gerentes e administradores é bastante limitada. O que ocorre nessas burocracias são hierarquias administrativas paralelas, substanciadas em uma burocracia de baixo para cima para os profissionais, e uma segunda burocracia, mecanizada, de cima para baixo sob a forma de assessoria de apoio. A complexidade e estabilidade das organizações burocráticas profissionais estão aliadas a uma resistência à absorção de inovações que envolvam ações coletivas.²⁰

Outro ponto importante refere-se aos mecanismos de avaliação geralmente dispostos por meios de padronização de processos e resultados. Os controles tecnocráticos (exercidos, por exemplo, através de controles financeiros) servem apenas para “sufocar” a consciência pro-

fissional, levando à centralização e ao deslocamento para uma burocracia mecanizada. Mais ainda, não melhoram o tipo de trabalho profissional, sendo restritivos para comportamentos, com ou sem responsabilização, afetando, entre outras coisas, o relacionamento entre o profissional e seu cliente.

Desta forma podemos discriminar as dificuldades de sistematização de processos avaliativos da prestação de serviços de saúde. As metodologias que envolvem o estabelecimento de critérios de mensuração de produtividade, por exemplo, estão relacionados, entre outras coisas, com os diferentes *outputs* produzidos por cada tipo de serviço de saúde. E, mais ainda, o envolvimento de diversificadas categorias profissionais e de arsenal tecnológico que pode estar contido em cada atividade. Tais fatos, entre outros, são limitantes para a expressão de produtividade através de indicadores isolados (Dal Poz *et al.*, 1998).

O recorte teórico de Donabedian (1992) tem sido utilizado para avaliações de estabelecimentos produtores de bens de consumo e de prestadores de serviços de saúde, com procedimentos de avaliação de estrutura, processos e resultados. Experiências de avaliação utilizando o modelo de Acreditação têm sido utilizadas no Brasil em unidades hospitalares, visando à melhoria da qualidade dos serviços. Acreditação é um sistema de verificação externa de qualidade baseada em uma série de padrões de excelência universais. No Brasil, são utilizados dois tipos de manuais. O do Órgão Nacional de Acreditação (ONA) baseado em padrões estruturais e utilizado por instituições do Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo. No Rio de Janeiro, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) utiliza padrões voltados para avaliação de processo da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO).

No campo da prestação de serviços de saúde, merecem ser ressaltados grupos de interesse que, para além dos identificados na relação profissionais, usuários e gestores, participam do processo de produção-consumo diretamente, como fornecedores de tecnologias relacionadas a equipamentos diagnósticos e terapêuticos (entre os quais a indústria farmacêutica) ou indiretamente, através da agregação de especialidades e procedimentos no campo de trabalho em saúde. Ainda, no plano da gerência do sistema, adicionam-se interesses relacionados com o setor privado supletivo, o setor empresarial, a emergência de formas cooperativa-

das nas suas mais diversificadas modalidades e mais recentemente as OSCIPs.

Assim, ao gerente do sistema/serviço, para além de um simples administrador de produtos, exige-se uma capacidade irrestrita de adaptação às necessidades do sistema social.²¹ A utilização de enfoques mecanicistas para tratamento das questões situadas no âmbito organizacional é severamente questionada. Morgan (1996) aponta, entre outras coisas, que este enfoque pode determinar formas organizacionais com dificuldades de adaptação a mudanças, ter conseqüências imprevisíveis à medida que os interesses dos que trabalham na organização ganhem precedência sobre os objetivos da organização e produzir efeitos desumanizantes sobre seus empregados.

Entretanto, existem princípios básicos da administração, reconhecidos e sistematizados, mas pouco utilizados na prática da gestão em saúde, a saber (Santana, 1993):

- reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização. Tal reconhecimento implica assumir, no plano institucional, a prática de mecanismos participativos de gestão;
- incorporação da responsabilidade com os objetivos e as práticas institucionais, com a substituição de mecanismos de controle de desempenho de atividades programadas por espaços que favoreçam a criatividade e iniciativa do trabalhador;
- utilização do espaço de gestão para efetivação de mecanismos regulatórios relacionados com a autonomia e o corporativismo profissionais. Caberia aos gestores a intermediação de interesses para além das fronteiras dos serviços de saúde em campos de negociação com o Estado e as organizações corporativas dos trabalhadores no setor.

Nesta direção tem sido defendida a utilização de processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais de prestação de serviço e na lógica dos usuários, e dirigidos coletivamente pelo conjunto dos trabalhadores, articulados a uma rede de serviços, regulada pelo Estado (Cecílio, 1994; Merhy *et al.*, 1996).

Outra possibilidade a ser relevada é que a descentralização das políticas sociais sinaliza, mais amplamente, para a necessidade de reorganização dos sistemas locais de gestão. Essa organização deveria pautar não uma lógica identificada por área setorial, mas priorizar espaços geográficos para o desenvolvimento social (Via-

na, 1998). A descentralização e a intersetorialidade utilizadas como conceitos complementares determinariam uma nova forma de gestão das cidades. Esta nova modalidade estaria relacionada basicamente à população, e seus agravos circunscritos em um determinado território ou região da cidade. A nova concepção demanda em termos ampliados um novo formato organizacional das prefeituras, com possibilidade de otimização, entre outras coisas, dos recursos locais disponíveis (Junqueira, 1998).

Aspectos da dimensão estrutural

No contexto que caracteriza a dimensão estrutural de recursos humanos em saúde estão enquadrados aspectos relacionados com a disponibilização de profissionais para o mercado de trabalho (formação) e a composição evolutiva deste mercado em função das transformações recentes.²² Esses aspectos serão relatados de forma breve, ressaltando características especialmente relacionadas com profissionais de nível superior e médicos em particular.

O sistema de ensino superior no Brasil é predominantemente privado (cerca de 60%). A predominância de instituições privadas também é observada na área da saúde, em menor proporção, em profissões como medicina. Em algumas áreas observa-se uma participação dominada por este setor como, por exemplo, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Na década de 1990 foram criadas 12 escolas médicas (total de 92 hoje no país), sendo sete privadas e concentradas no Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. O número de concluintes dos cursos de medicina vem se mantendo estável, em torno de 7.600 por ano, com 72% de matriculados em dependências localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Em relação à enfermagem, foram criados 30 cursos novos na década, em sua maioria em instituições privadas das regiões Sudeste e Sul do país. Após um declínio de formandos até 1992, a profissão voltou a apresentar valores crescentes (em torno de 5.400 em 1998). A odontologia vem apresentando número crescente de escolas e concluintes (cerca de 7.500 em 1998).

O setor público de ensino superior é responsável pela formação (concluintes) de cerca de 62% dos médicos e 57% dos enfermeiros enquanto na odontologia predomina o setor privado (cerca de 58%).

A tabela 2 discrimina a distribuição regional das escolas e vagas por dependência administrativa de ensino superior para medicina, odontologia e enfermagem.

No campo da formação profissional de nível superior, a análise dos aspectos relacionados com as formatações curriculares utilizadas para a qualificação e desenvolvimento de competências para o exercício profissional mostra-se de peculiar importância. Os currículos aplicados têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde.

É consensual o distanciamento do setor educacional das discussões das reformas no setor saúde, o que condiciona situações de inviabilidade para o sucesso dos modelos propostos.²³ Mais ainda, as instituições formadoras, especialmente a escola médica, têm apresentado propostas de análise e reformulação do ensino que fortalecem, ainda, a incorporação do conhecimento tecnológico de alta complexidade e custos elevados tanto em práticas diagnósticas como terapêuticas, perpetuando modelos tradicionais de seleção de conteúdos e administração de cargas horárias segundo a importância das especialidades (Pierantoni & Ribeiro, 2001).

Em contrapartida, a investigação realizada pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) traduziu a expectativa das escolas médicas de privilegiar a inserção precoce dos alunos em atividades práticas nos serviços, a introdução de técnicas capazes de instituir uma lógica inovadora nas relações entre conhecimentos básicos e profissionalizantes, e a integração entre as atividades práticas, de ensino e pesquisa (CINAEM, 1997a e b). A análise da situação vivenciada mostrou que: “a descrição do processo de formação revela a hegemonia absoluta dos conteúdos programáticos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico. Desvenda a semiologia como instrumental de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios fisiomorfológicos e assegura a reprodutividade da prática médica, funcionando como instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista” (CINAEM, 1997a). Esse fato aponta para o distanciamento prático em que se encontram as propostas de formação x reformulação do sistema de saúde. Mais ainda, refletem e reforçam a necessidade

Tabela 2

Número de escolas e matrículas dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem por região do país e tipo de estabelecimento, 1998.

Regiões	Número de Escolas						Número de Vagas					
	Público		Enf	Privado		Enf	Público		Privado		Enf	
Med	Odo	Med		Odo	Med		Odo	Med	Odo			
Norte	4	2	10	0	2	1	360	120	350	0	140	60
Nordeste	13	12	20	1	4	5	1.180	852	1.238	200	320	558
Sudeste	19	20	22	31	46	39	2.193	1.608	1.475	3.358	5.753	4.636
Sul	12	11	16	7	10	18	928	742	812	474	925	1.500
Centro-Oeste	4	3	5	1	4	2	258	132	244	100	300	240
Total	52	48	73	40	66	65	4.919	3.454	4.119	4.132	7.438	6.994

Fonte: INEP/MEC. Estação de Trabalho IMS/UERJ. Rede Observatório de Recursos Humanos MS/OPAS.

de articulações mais estreitas entre os dois sistemas envolvidos.

Na área da educação, particularmente de nível superior, é interessante observar que o docente é atualmente valorizado academicamente pela dimensão da pesquisa, e que, no caso da medicina, por exemplo, isso implica uma hierarquia na qual os professores do ciclo básico ocupam lugar de destaque ao qual correspondem, muitas vezes, espaços ampliados de poder na gestão acadêmica. Não se pode negligenciar o fato de que há visões e projetos diferentes de formação profissional entre grupos historicamente tão distanciados em suas práticas quanto os da área básica e os da área clínica e que, portanto, critérios de valorização acadêmica da pesquisa podem incidir muito fortemente sobre escolhas e práticas curriculares.²⁴

A supremacia da pesquisa tem sido indutora do afastamento da atividade de ensino da categoria docente/pesquisador ou da pouca valorização social da atividade "ensino". Nesse sentido, é importante destacar os compromissos do professor enfatizados por Coelho (1988), assumidos "voluntariamente" e que incluem: "adquirir, avaliar, transmitir e criar conhecimentos através do estudo sistemático, da reflexão metódica, da aplicação de técnicas de observação, das regras de evidência e do raciocínio lógico. É este conjunto de atividades que cabe unicamente à universidade abrigar e desenvolver e que a distingue e legitima na sociedade".

Nessa perspectiva, ensinar e pesquisar não são atividades incompatíveis, mas competem com o tempo do docente/pesquisador. Mais ainda, apontam para uma função do docente/pesquisador indutora de comportamento e decisiva, tanto para o despertar de vocações, como

para modelagem do desempenho profissional. O modelo de avaliação do mérito acadêmico descarta, ainda, o trabalho profissional desenvolvido na área da saúde como fomentador do conhecimento que, entre outras coisas, envolve o desenvolvimento de uma *expertise* (muitas vezes não sistematizada em um formato cientificamente convencionado) adquirida no contato com os pacientes, suas doenças, preferências, desejos, valores (Pierantoni & Ribeiro, 2001).

A singularidade do processo de ensino-aprendizagem na escola médica reveste-se de uma característica que expressa de imediato a conexão da docência/prática clínica, com o trabalho: o fato de incluir uma intermediação com outro sujeito na relação professor-aluno, o fato de haver um paciente que é sujeito/objeto do ensino e do cuidado. Ou seja, além da questão do conhecimento puramente teórico, estamos diante da presença de uma prática que é, ela mesma, cenário e objeto de conhecimento, e que comporta também múltiplas dimensões – técnicas, políticas e ideológicas – que se definem socialmente (Ribeiro, 2000).

Exemplifica-o Schraiber (1998) quando analisa como os médicos vivenciam em sua prática a introdução de inovações tecnológicas, as novas exigências de organização de seu trabalho, a complexidade no raciocínio clínico diante da especialização e do excesso de dados e a descontinuidade nos cuidados aos pacientes, em virtude de uma conturbada rede de fatores ligada à multiplicidade de empregos e à natureza das demandas dos pacientes.

Estas características apontadas para o ensino e prática médica podem ser superpostas às atividades correlatas para as outras profissões da área da saúde em maior ou menor extensão.

No entanto, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996 (Brasil, 1996), sinaliza para a possibilidade de mudanças, pela introdução de alternativas de ordem organizacional, curricular e de autonomia no panorama do setor educacional.

As perspectivas ampliadas pela regulamentação de Centros Universitários em 1997 (decreto nº 2.207/97) podem representar proposições alternativas para o modelo de universidade corrente no país. Os centros universitários deverão contar em seus quadros com profissionais do setor produtivo, sem interesses específicos no desenvolvimento acadêmico, formalmente determinado por titulações ou inserção em grupos de pesquisa. De acordo com Santana *et al.* (1999), inovações curriculares proporcionadas pelas idéias de cursos seqüenciais, ensino a distância e formação com base em competências proporcionadas pela nova LDB poderão representar uma inflexão nas propostas de formação profissional para a área da saúde.

Entre as configurações estruturais importantes, que não podem ser alteradas a curto e médio prazo e que estão diretamente relacionadas ao perfil de heterogêneo da conformação do país, está a concentração de profissionais de saúde em grandes centros e regiões, contra uma desconcentração permanente em outras (como por exemplo, na região Norte do país). O exame da distribuição de médicos aponta que as 27 capitais do país concentram cerca de 60% dos médicos em exercício, enquanto nos demais 6.000 municípios estão distribuídos os restantes 40%. Apenas Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e Distrito Federal apresentam uma relação habitantes/médico menor do que a média nacional (600 habitantes/médico).

A distribuição de médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina pode ser observada na tabela 3.

A realidade observada para outras categorias profissionais tende a ser mais desigual na dependência de fatores como assalariamento e exercício liberal, oportunidades de emprego, entre outras. Neste último aspecto, a oferta de postos de trabalho em municípios com remuneração substancialmente superior à média praticada nos grandes centros pode ser um fator determinante para a adesão do profissional de saúde a sistemas de saúde localizados fora de grandes centros e de suas regiões periféricas. No entanto, a adesão inicial pode não corresponder à fixação do profissional nessas localidades.²⁵

Assim, em função das reformas do sistema de saúde e das modalidades de flexibilização adotadas, algumas características do mercado de trabalho sofreram uma inflexão na década de 1990. Entre as já apontadas, a contração do setor público federal, com expansão da oferta para níveis subnacionais, destacando-se os municípios e a proliferação de modalidades alternativas de vínculos e remuneração.

Nesse aspecto, merece destaque as transformações do trabalho em saúde que envolvem especialmente o profissional médico: a expansão do modelo empresarial da prática médica que, entre outras coisas, está relacionada com a perda progressiva da autonomia profissional. Essa perda de autonomia está associada, por um lado, com a crescente dependência do profissional médico de um instrumental auxiliar tanto para procedimentos diagnósticos como terapêuticos, e de outro, pela perda efetiva do *status* de exercício liberal da profissão,²⁶ estabelecida por formas diretas e indiretas de assalariamento.

Assim, formas de assalariamento profissional aparecem em decorrência de um aumento de consumo e de custos crescentes da prestação de serviços na área da saúde determinado pelo impulso da incorporação tecnológica, responsável pela produção extensiva e universalizada desta modalidade de serviços. Mais ainda, da impossibilidade deste consumo ser realizado diretamente pelos pacientes sem a intermediação de agentes (Ibáñez & Marsiglia, 2000) representados por instituições privadas do mercado em saúde, de um lado e o próprio Estado de outro.

A expansão do setor relacionado com a assistência supletiva à saúde, observada na década de 1990 e representada por cooperativas de prestação de serviço médico, seguradoras e empresas médicas, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras, contribuiu para reconfigurar o trabalho médico deslocando este profissional do foco de negociação.

Mais ainda, os modelos desenvolvidos por esses sistemas apresentam uma tendência a disciplinar a prática médica por intermédio de mecanismos relacionados com os custos da atividade setorial, impondo modelagens que permeiam estímulos às práticas que envolvem menores custos unitários e perda de controle sobre decisões clínicas. Desta forma, se o mesmo profissional estiver submetido a mais de uma situação dessas, em cada uma terá que adaptar

Tabela 3

Distribuição do número de médicos registrados nos Conselhos Regionais de Medicina, por região. Brasil, 1998.*

	Capital	Interior	Outros Estados	Ativos	Habitantes/Médicos
Norte	6.022	1.448	117	7.587	1.564,35
Nordeste	28.811	8.742	557	38.110	1.202,08
Sudeste	80.384	60.838	3.171	144.393	477,59
Sul	16.362	16.501	506	33.369	723,85
Centro-Oeste	9.764	4.030	461	14.255	771,30
Brasil	141.343	91.559	4.812	237.714	680,61

Fonte: Conselho Federal de Medicina, 1998.

* A base de dados 2001 do Conselho Federal de Medicina não está homogeneamente atualizada pelas regionais.

seu padrão de desempenho profissional desenvolvendo práticas variáveis em sua forma de atuar como médico (Schraiber, 2000). A consequência imediata dessa pluralidade seguramente relaciona-se com a qualidade da prestação dos serviços de saúde, por um lado, e com a precarização social da profissão médica, de outro.

No entanto, a implantação de novos modelos assistenciais, como o Programa de Saúde da Família (PSF) do MS, representa hoje uma importante expansão do mercado de trabalho para as categorias incluídas e um crescente desafio para a área de RH. Criado em 1994, o PSF tem, entre seus objetivos, a promoção da organização dos serviços de atenção básica nos municípios com equipes constituídas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e, mais recentemente, com a incorporação de odontólogos, atendentes e técnicos em higiene dental (portaria nº 267 do MS, de março de 2001). Agrega-se ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instituído em 1991 com a incorporação de 4 a 6 agentes por equipe de saúde da família.

O PSF disponibiliza cerca de 10.905 equipes distribuídas em 4.124 municípios brasileiros com metas para alcançar 20.000 equipes em 2002 e uma cobertura estimada de 70 milhões de pessoas (Fonte: MS, 2001).

Os desafios estão colocados tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais de saúde, quanto nas possibilidades de qualificação do profissional. Neste particular, o Ministério da Saúde prevê incentivos de curto prazo para sensibilização das equipes e atualização técnica e, de médio prazo, o estabelecimento de programas de educação permanente e especialização para a formação de multiplicadores e

supervisores. Atualmente estão formalizados 30 Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, distribuídos em 27 unidades da federação. Em longo prazo desenha-se a possibilidade de estratégias de intervenção na formação profissional graduada e pós-graduada na área, para o exercício qualificado das habilidades requeridas pelo modelo assistencial.²⁷

Mais recente, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, instituído pelo decreto 3.745, de 5/2/01 e regulamentado pela portaria 227-GM, de 16/2/01, tem como meta "estimular o serviço voluntário para apoiar e fortalecer o Programa de Saúde da Família". Entre as diretrizes do programa incluem-se estratégias para interiorização de médicos e enfermeiros, sendo em uma primeira etapa selecionados 150 municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com até 50 mil habitantes que não possuam equipes de saúde da família, entre outros critérios (Fonte: MS, 2001).

Outro profissional colocado estrategicamente nos discursos e modelos de reforma do Estado é o administrador. As dificuldades inerentes à formação geral desse profissional estão relacionadas com a precária qualidade das escolas de graduação na área. O ensino de graduação, por um lado, formaliza conteúdos teóricos divorciados da realidade operacional enfrentada por esse profissional no domínio da administração pública. De outro, estimula conteúdos técnicos e administrativos dissociados de uma ação política e social do Estado, tais como desenvolvimento organizacional, comportamento, sistemas administrativos etc. (Faria, 1997).

Em países em desenvolvimento a formação do gestor (em nível de pós-graduação) é reali-

zada em organizações dos mais diversos tipos, elitizada dos processos de seleção aos de inserção do aluno, modelada de acordo com questões relativas a grandes empresas desenvolvidas tecnológica e gerencialmente. Isso dificilmente poderá desenvolver competências para enfrentar a multiplicidade de situações organizacionais, com recursos financeiros e tecnológicos heterogêneos, com pessoas de qualificações diferenciadas (Fleury MTL, 1996).²⁸

Os resultados da pesquisa empreendida por Ferlie *et al.* (1999) no NHS do Reino Unido confirmam as dificuldades gerenciais estabelecidas nas burocracias profissionais, ao mesmo tempo em que também é ressaltado o papel dos gestores no êxito das propostas de reformulação do sistema.

Os autores sugerem a formação de “gestores profissionais híbridos”, profissionais de saúde que mediante treinamento e apoio apropriados podem ser desenvolvidos com uma poderosa combinação de conhecimento especializado e competência técnica administrativa. Os gerentes híbridos não seriam transformados em gerentes generalistas, mas manteriam seus valores profissionais e de assistência, que seriam utilizados nos fóruns gerenciais.

Trata-se de identificar, como apontam Vecina Neto & Terra (1998), quais são os conhecimentos e habilidades necessárias, e a melhor maneira de transmiti-las para proporcionar a formação de um novo profissional, adequado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras.

Neste aspecto, o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm desenvolvido parcerias que envolvem a qualificação de gestores de recursos humanos (Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos) e de gerentes de unidades básicas de saúde sob a modalidade de especialização *latu sensu*. Mais ainda, têm fortalecido parcerias intensivas com vistas à qualificação de gestores locais do sistema de saúde, buscando a adesão de instituições de ensino superior com *expertise* desenvolvida na área de administração em saúde.

É importante enfatizar que esses esforços foram desencadeados na década anterior (1980) em projetos desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e mais tarde com o MS. Esses possibilitaram uma importante intervenção, por exemplo, na formação de nível médio com a consolidação das Escolas Técnicas de Saú-

de.²⁹ Mais recente, a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) – parceria do MS com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), recursos do Tesouro e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) – estabelece duas linhas primordiais para atuação nessa área, para o período 2000-2003. A primeira direciona-se para a redução do déficit de pessoal de enfermagem qualificado para atuar no setor, e a segunda aponta para a possibilidade de reforço do quadro normativo e de regulação na área da saúde via criação de condições técnicas e financeiras que possibilitem a continuidade dos processos de formação de nível técnico na área de enfermagem (Fonte: MS, 2001).

Aspectos da dimensão regulatória

Pelo já exposto, é necessário um aprofundamento das dimensões regulatórias³⁰ presentes nas questões que envolvem RH, particularmente na área da saúde e que demandam estudos específicos. No entanto, a relevância do tema merece uma breve sistematização.

Afirmamos que a questão de recursos humanos em saúde está diretamente relacionada com a implementação de políticas gerais, exercida em diversas atividades do Estado: trabalho, educação, sistema jurídico, saúde. Os sistemas de regulação decorrentes das políticas gerais poderão favorecer ou dificultar a implementação de políticas coerentes com os objetivos estabelecidos para a área da saúde.

Assim, uma das funções do gestor de RH na área da saúde é a promoção de uma “interatividade” entre os diferentes sistemas de gestão estatal: uma **interatividade regulatória**. Utilizo a palavra “interatividade” como expressão da dinâmica e da multiplicidade de conflitos e agentes envolvidos. De outro lado, é central afirmar que essas ações dependem, em grande parte, da legitimação social dos processos desenvolvidos na área da saúde e da construção de espaços de intersectorialidade que legitimem esses processos. Tal interatividade regulatória, entretanto, deverá ser exercida não em função de normas coercitivas, mas de padrões flexíveis que favoreçam e indiquem mecanismos facilitadores da criatividade e da responsabilização para a consolidação social.

A matriz teórica de Girardi (1998) aponta para dois planos regulatórios: um relacionado com a reforma das instituições e dos mecanismos de regulação do sistema e das relações de

trabalho, e outro relacionado a mecanismos do exercício profissional e da educação das profissões em saúde.

A primeira sinaliza para uma imobilização proporcionada pela rigidez de sistemas de relações centralizados, baseados em princípios legais e inflexíveis. Tais processos são impeditivos, em última instância, da flexibilização de remunerações, do estabelecimento de incentivos ou sanções e da consolidação de compromissos condicionados a metas, quantitativas e qualitativas.

É consensual entre governos e empresas, na vigência das reformas, a necessidade de diminuição da função regulatória estabelecida por leis e normas com a finalidade de aumentar a oferta de empregos. Assim, as propostas de flexibilização que incluem uma contração das formalidades relativas a legislação trabalhista e de proteção social estão entre as que incluem processos de negociação coletiva de trabalho. Essas propostas são recebidas com desconfiança e ambigüidade pelos trabalhadores: se por um lado são favoráveis aos processos de negociação coletiva, de outro rejeitam as reformas flexibilizadoras (Nogueira, 1998). Experiências pontuais de negociação coletiva do trabalho têm sido desenvolvidas no setor público brasileiro (Braga Jr. & Braga, 1998) que, segundo os autores, necessitam de um melhor aprofundamento metodológico para as especificidades da área da saúde.

Com referência à regulação da formação e do exercício das profissões de saúde, ressaltam-se aspectos relacionados com a baixa resposta profissional a incentivos organizacionais. A existência de monopólios de poder extensos e imprecisos sobre campos de prática é fator limitante da utilização plena de processos que envolvem competências afetas ao trabalho interdisciplinar. Mais ainda, apontam para a necessidade de construção de mecanismos institucionais para a gestão setorial do sistema de profissões de saúde (Girardi, 1998).

Com relação ao sistema formador, a rigidez dos processos envolvidos (estruturas curriculares fixas, currículos mínimos, baixa institucionalidade de currículos paralelos) condiciona situações de pouco ajuste para mudanças, tanto em conteúdo como na capacidade temporal de executá-las.³¹

Nos processos de mudança no campo das políticas públicas de saúde é inegável a participação da profissão médica. Essa participação é explicitada, entre outras coisas, pela domina-

ção e habilidade em se opor e rejeitar mudanças indesejadas.³² As normatizações profissionais podem ser encaradas como instrumentos facilitadores ou impeditivos de mudanças de acordo com seu posicionamento em relação à razão pública (Dussault *et al.*, 2000).

As demandas atuais do sistema de saúde sinalizam para a possibilidade de construção de espaços de arranjos regulatórios mais flexíveis e mesmo de uma desregulação, como advogam alguns, para a possibilidade de reordenação de atividades que não envolvem situações de risco e são realizadas em condições de completa heteronomia e controle externo. Mais ainda, apresentam os diferenciados elementos da arena regulatória profissional em espaços de convivência com demandas diversas e mesmo incompatíveis. São ressaltados também os conflitos relacionados com as demandas para extensão de espaços de auto-regulação de profissões; ocupações não regulamentadas reclamam por patamares de igualdade e participação no mercado de trabalho; gerentes de serviço e gestores públicos apontam para a necessidade de regulações mais flexíveis que favoreçam as margens de governança profissional e o público por maior controle do exercício profissional (Girardi, 1998).

Comentários finais

As abordagens de reforma administrativa da saúde têm um hiato considerável no enfrentamento da pluralidade de sistemas envolvidos na regulação da função recursos humanos. Estes envolvem múltiplas instâncias com poder centralizado e de difícil articulação representados por diferentes sistemas.

- Sistema educacional: responsável pela oferta de mão-de-obra qualificada e subdividido em atribuições federais (Ministério da Educação), secretarias estaduais e municipais de Educação responsáveis em seu âmbito pela normatização e fiscalização do ensino de nível elementar e médio, incluindo os profissionalizantes.
- Sistema de relações de trabalho: envolve instâncias normatizadoras do Ministério do Trabalho responsáveis pelo estabelecimento de regras e normas para a contratualização, apoiadas em sistema jurídico fiscalizador do cumprimento das leis e órgãos de representação sindical corporativa, entre outros.
- Sistema de legitimação profissional: representado pelos órgãos de fiscalização do exercí-

cio profissional, associações de profissionais, associações de especialistas.

Nos últimos anos, a área de recursos humanos tem sido alvo de iniciativas para viabilidade dos processos de reforma que necessitam ser acompanhadas e avaliadas para que haja garantia de mudanças reais institucionalizadas e legitimadas socialmente. A configuração de uma Rede Observatório de Recursos Humanos para a Saúde (ROREHS) pelo MS (portaria nº 26, de setembro de 1999), com apoio técnico e operacional da OPAS e a participação de instituições de ensino e pesquisa, constitui-se em importante instrumento para ações mais articuladas, podendo viabilizar um eixo integrador dos diversificados sistemas envolvidos na área de RH em saúde.

O PSF representa uma situação exemplar da necessidade de articulação dos diferentes sistemas para a viabilização das reformas propostas para o sistema de saúde. Entre os problemas identificados na avaliação do PSF realizada por Viana & Dal Poz (1998), são críticos os relacionados diretamente com a capacidade de adequação de recursos humanos em saúde a novas propostas de modelo assistencial. Entre eles assinala-se a baixa capacidade do aparelho formador de recursos humanos em saúde, no sentido de prover a adequação necessária aos processos de formação para viabilidade do programa. Essa baixa capacidade se expressa tanto em relação à formação do profissional médico como de outras áreas. As associações médicas desenvolvem um baixo estímulo à formação de generalistas, em contraponto a da formação especializada.

Outra restrição salientada remete-se ao grau de formalização do exercício profissional estabelecido por corporações, como, por exemplo, a de enfermagem. As atividades dos agentes comunitários de saúde sofrem restrições impostas pelo exercício profissional da área de enfermagem. Estão submetidas a sanções dos Conselhos e da Associação Brasileira de Enfermagem, em particular – as mesmas restrições impostas para as funções de auxiliar de enfermagem. As formas de contratação para o programa que excluam vínculo contratual assalariado também têm sido contestadas pelos sindicatos corporativos (Viana & Dal Poz, 1998).

A esses fatos podemos acrescentar as dificuldades gerenciais observadas a partir da implementação das reformas na área da saúde. São representadas pela convivência de diferentes formas de vínculo, assalariamento direto e indireto, formas diversificadas de carga horária contratual, entre outras coisas, em espaços de gestão local do sistema de saúde.

É desejável que a formulação de políticas setoriais absorva e pratique alguns princípios básicos utilizados na administração empresarial, difundidos, mas pouco utilizados na área da saúde que se relacionam à valorização profissional, por um lado, e à adoção de práticas regulatórias da autonomia e do corporativismo, de outro.

Os desafios propostos para as políticas públicas de saúde exigem a inclusão definitiva de recursos humanos na agenda de propostas que destacam financiamento, modelos assistenciais, flexibilização e regulação com a inclusão dos profissionais de saúde, em suas diversificadas apresentações como participantes das políticas em seus aspectos político, administrativo, técnico e social.

Notas

¹ A expressão “conflitos fundamentais”, utilizada por Levcovitz (1997), reporta ao referencial teórico de análises sociológicas de Gianfranco Pasquino (apud Levcovitz, 1997) que, entre outras coisas, assinala a “vitalidade” do conflito e a raridade de sua supressão, assim como de suas causas. O processo observado refere-se à regulamentação dos conflitos através do estabelecimento de regras aceitas por parceiros que estabeleçam limites aos conflitos e procedam à sua institucionalização.

² O termo **gestão de recursos humanos** pode ser aplicado em relação ao conjunto de políticas e estratégias formuladas em nível político, e a **gerência de recursos humanos** para ações desenvolvidas em nível operacional. De acordo com Dussault & Souza (2000), a subordinação do nível operacional ao político faculta a utilização do termo **gestão** em uma direção ampliada que envolve políticas, estratégias e ações desenvolvidas em ambas dimensões.

³ Ferlie *et al.* (1999), utilizando diversificadas perspectivas, caracterizam **profissão** pela presença de um corpo de conhecimentos especializados no qual a profissão exerce controle e monopólio da prática, mecanismos padronizados de treinamento e de controle, identidade entre pares estabelecida por associações colegiadas, autonomia sobre o trabalho e sobre o processo de trabalho. Os autores fazem distinção entre profissão (com um sentido coletivo) e profissional (com um significado individual). Alertam para o que definem como “ambigüidade do conceito de profissional” e utilizam, ainda, a definição de conceito cultural de Becker. Machado & Belisário (2000), a partir dos referenciais de Moore e Wilensky, agregam ao conceito de profissão a necessidade de regulamentação do Estado para garantia do monopólio da atividade e exclusividade do mercado de trabalho.

⁴ O conceito de trabalhador coletivo em saúde é desenvolvido por Santana (1993). De acordo com o autor, “tem sua utilidade como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento (...) produto final do serviço prestado ao usuário (...). Tal agente coletivo é composto de vários trabalhadores que fazem parte do processo produtivo, cuja característica marcante é a divisão de trabalho”.

⁵ Em linhas gerais, a crise do Estado pós-guerra e fortalecida na década de 1970 pode ser atribuída a quatro fatores, primordialmente: a crise econômica mundial, a crise fiscal, a crise de governabilidade e a transformação da lógica do setor produtivo determinada pela globalização e pelas inovações tecnológicas (Abrucio, 1998).

⁶ Na publicação analisam as transformações observadas no contexto da administração pública, especialmente na Inglaterra, utilizando como estudo de caso as realizadas na gerência de serviços de saúde (*National Health Service*).

⁷ Em um primeiro momento, particularmente no governo de Fernando Collor de Melo, o “impulso” reformista ficou restrito a cortes de pessoal e redução da máquina estatal, com metas de dispensa de 360 mil servidores. A consequência negativa dessa reforma explicita-se pelo desmantelamento do aparato administrativo, pela degradação do serviço público e consequente agravamento de sua ineficiência. A intervenção centralizada do executivo logrou a demissão ou dispensa de 112 mil funcionários e cerca de 45 mil aposentadorias (Diniz, 2000).

⁸ Este limite já havia sido fixado anteriormente pela lei complementar 85/95 – Lei Camata.

⁹ Sugerimos consulta ao trabalho de Machado (1999), que apresenta uma cuidadosa revisão e análise do pro-

cesso de reforma do Estado no Brasil e sua aplicação na área da saúde.

¹⁰ “Não percebemos que o liberalismo econômico é muito bonito na teoria, mas que na prática nenhum país desenvolvido o pratica integralmente (...) Os países ricos defendem o neoliberalismo mas não estão dispostos a ver suas empresas e bancos serem desnacionalizados de forma vexatória (...) Enquanto isso, nós permitimos a desnacionalização de grandes empresas brasileiras (...) Decididamente enlouquecemos (...)” (sic) Luiz Carlos Bresser Pereira (*Folha de S. Paulo*, 14/1/2000).

¹¹ Sugerimos consultar Seixas (1996) que apresenta uma revisão sobre as modalidades de pagamento relacionadas com formatos diferenciados de produtividade e de incentivos.

¹² O trabalho envolveu 22 SES e foi desenvolvido em duas etapas: a primeira resultou em um consolidado com 15 SES e esta versão totalizou 22 SES. Teve como objetivo o mapeamento de modalidades de contratação, remuneração e incentivos utilizados nesta esfera subnacional. Os estados que não forneceram os dados solicitados foram Amazonas, Acre, Rondônia, São Paulo e Rio de Janeiro (Brasil, 1997).

¹³ Segundo os autores, esta observação diz respeito a 14 das 22 SES pesquisadas.

¹⁴ As exceções situam-se nas Câmaras Técnicas de RH. Entre as recomendações de recente seminário sobre Política de Recursos Humanos está explicitado “que o processo de discussão e aconselhamento comum entre os gestores possa ser posteriormente conduzido a uma Programação Pactuada Integrada (PPI), semelhante a que tem sido feita para outras áreas temáticas” (Brasil, 1999).

¹⁵ Os debates deste relatório final compõem o conjunto de dois seminários realizados pela CDRH/SUS/MS, a OPS/BRASIL e o CONASEMS, realizados em Foz do Iguaçu e Natal, em julho de 1999. Contaram com cerca de 460 participantes, entre secretários de Saúde (estaduais e municipais), secretários de Administração, dirigentes de hospitais e diversificados níveis hierárquicos de gestão do sistema de saúde, representantes da assembleia legislativa e câmara de vereadores, professores universitários e profissionais de saúde. A Coordenação Geral do seminário foi realizada pelo presidente do CONASEMS, Sílvio Mendes Filho; a CDRHSUS/MS estava sob a direção de Luiz Cordoní Júnior; a representação da OPS/BRASIL por José Paranaguá de Santana e o relatório foi elaborado por Roberto Passos Nogueira.

¹⁶ Os debates para a consolidação da NOB/RH/SUS (quarta versão em março de 2001) vêm sendo desenvolvidos, incorporando discussões acumuladas no período e buscando um consenso entre gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos e adequações locais que atendam tanto as diversas esferas de governo como as necessidades sociais em saúde.

¹⁷ Machado (1999) identificou em estudo recente as modalidades alternativas à administração direta de serviços hospitalares. Estas incluem modalidades sob o formato de organizações sociais, fundações privadas de apoio, ter-

ceirização da gerência de unidades, terceirização de serviços especializados e cooperativas de profissionais de saúde.

18 Muitas das soluções utilizadas não encontram respaldo jurídico e institucional atual e são utilizadas em face do dinamismo e exigências da administração descentralizada, sem a correspondente atualização por parte de instâncias de controle da atuação do Estado, como os Tribunais de Contas.

19 Como apontado anteriormente, tem ocorrido um afastamento acelerado de servidores públicos cedidos ao SUS. Os dados levantados estimam em cerca de 3 a 4 mil afastamentos por ano, especialmente via aposentadoria, restando menos de 50 mil (MS/CDRHUS/CONASEMS, 1999).

20 O autor salienta que a utilização de equipamentos sofisticados, como no caso de hospitais, pode conduzir a uma estrutura híbrida entre burocracia profissional e ad-hoc, observando que instituições identificadas com a vida dos clientes possuem aversão a estruturas mais abertas e orgânicas.

21 Os processos organizacionais reproduzem as demandas sociais e as organizações pós-industriais caracterizam-se por grandes movimentações de capital, tecnologia e trabalho, exigindo a transposição de valores relacionados com o desempenho da capacidade gerencial em si para outros relacionados com capacidades de adaptação a condições inovadoras (Morgan, 1996).

22 A análise dessas evoluções é baseada em fontes de registro oficiais que possuem limitações já apontadas no capítulo anterior. Não é nosso objetivo fazer avaliações detalhadas sobre o assunto; para tanto sugerimos consulta às pesquisas de Girardi *et al.* (1996), entre outras realizadas pelos autores.

23 A inadequada formação de profissionais, particularmente de médicos, tem sido um dos obstáculos relatados para o desenvolvimento e expansão do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde (PSF). As bases técnicas e filosóficas para a atuação destes profissionais não estão contempladas nos processos de formação em nível de graduação e pós-graduação (Viana, 2000).

24 A este respeito, Donald Schön diz: “Elas (as escolas) partem da idéia de que a pesquisa acadêmica rende conhecimento profissional útil e de que o conhecimento profissional ensinado nas escolas prepara os profissionais para as demandas reais da prática. Estes dois pressupostos estão sendo cada vez mais questionados” (Schön, 2000).

25 Sobre este fato, me vem à lembrança uma conferência proferida pelo prof. Carlos Gentile de Mello em que ele, acerca de programas de interiorização do médico, enfatizava a necessidade de uma agência de correio e de um banco na localidade. O primeiro espelhando a possibilidade de comunicação do profissional com outros centros; e o segundo, a capacidade de desenvolvimento econômico da região (lá pelos idos de 1969-1970).

26 O modelo liberal de exercício profissional caracteriza-se pela prestação direta de serviços (no caso médicos) pelo profissional, em seu consultório. A autonomia refere-se à capacidade de arbitrar tempos, procedimentos, retribuição financeira, ao controle social entre pares, entre outras coisas.

27 Os Pólos de Saúde da Família estão vinculados, em sua maioria, a universidades e articulam uma ou mais instituições voltadas para a formação, capacitação e educação continuada de RH. Os programas são desenvolvidos por convênios estabelecidos com as SES e SMS, e têm como clientela-alvo, em primeira instância, o pessoal atuante em unidades de saúde da família (Dal Poz, 2000).

28 Aktouf (1996), crítico contumaz do estilo “deificação do dirigente e reificação do empregado”, ressalta o culto e glorificação do dirigente presente nas escolas de administração, apresentado como o indivíduo de exceção, acima do bem comum. Os cursos inserem uma *overdose* de metodologia de casos que possibilita os futuros dirigentes personificarem, senão diariamente, mas várias vezes por dia “Agamenon, Cordélia, Ulisses, Wellington, Napoleão ou Rockefeller.”

29 Atualmente existem 27 Escolas Técnicas de Saúde orientadas para a formação de pessoal empregado no setor, especialmente na área de enfermagem. O referencial metodológico parte das experiências vivenciadas na prática laboral, envolvendo a problematização e reflexão sobre as possibilidades de transformação do próprio trabalho, tendo como eixo do processo o reconhecimento das necessidades de saúde de uma população específica. Trabalham com práticas educacionais adequadas à necessidade setorial, como a integração ensino-serviço, currículos integrados, flexibilidade e descentralização na organização e execução. Estima-se que cerca de 23 mil trabalhadores passaram pelo processo de profissionalização até 1998 (Sório & Lamarca, 1998).

30 Marco regulatório pode ser conceituado como “o conjunto de regras, orientações, medidas de controle e valorização que possibilitam o exercício do controle social em atividades de serviço público (...) que deve operar todas as medidas e indicações necessárias ao ordenamento do mercado e à gestão eficiente do serviço público (...) que permita a adequação necessária às diferentes circunstâncias que se configuram” (Conforto, 1998).

31 Schraiber *et al.* (1992) destacam, entre outras coisas, a importância da formação para a construção do profissional (médico) como agente de trabalho. Os autores questionam, ainda, as tensões provocadas pelas práticas educativas nas escolas médicas e as condições assistenciais e tecnológicas do trabalho em saúde.

32 Neste campo é importante ressaltar o conceito de autonomia profissional. Ferlie *et al.* (1999), utilizando os referenciais teóricos de Elston, apontam a possibilidade de existência de três formas de autonomia: a autonomia política – relacionada ao direito da profissão de tomar decisões referentes à política como especialistas legítimos; autonomia econômica – referenciada ao direito de a profissão estabelecer sua remuneração, e autonomia técnica – atrelada ao direito da profissão de estabelecer seus próprios padrões e mecanismos de controle.

Referências bibliográficas

- Abrucio LF 1998. Os avanços e dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In Bresser Pereira LC, Spink P (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Editora da FGV, Rio de Janeiro, 314 pp.
- Aktouf O 1996. A administração da excelência: da deificação do dirigente à reificação do empregado (ou os estragos do dilema do rei Lear nas organizações). In Davel E, Vasconcelos J (orgs.). *"Recursos" humanos e subjetividade*. Vozes, Petrópolis, 270 pp.
- Almeida CM 1999. Reforma do Estado e reforma do sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, pp. 263-286.
- Andrews CW, Kouzmin A 1998. O discurso da nova administração pública. *Revista Lua Nova*. São Paulo, n. 45, pp. 97-129.
- Azevedo S, Andrade LAG 1997. A reforma do Estado e a questão federalista: reflexões sobre a proposta Bresser Pereira. In Diniz E, Azevedo S (orgs.). *Reforma do Estado e democracia no Brasil*. UNB/ENAP, Brasília, 314 pp.
- Braga Jr. D, Braga DG 1998. Metodologia de negociação coletiva do trabalho em saúde. In Castro JL, Santana JP (orgs.). *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. OPS/UFGRN, Natal, 125 p.
- Brasil. Lei 9.394 de dezembro de 1996. *Lei Darci Ribeiro, de diretrizes e bases da educação*. Senado Federal, Brasília.
- Brasil 1997. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. MARE, Brasília. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, 2).
- Brasil 1997. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A reforma do aparelho de Estado e as mudanças constitucionais*. MARE, Brasília. (Cadernos MARE de Reforma do Estado, 6).
- Brasil 1997. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Reforma administrativa do sistema de saúde*. Ministério da Administração e Reforma Administrativa, Brasília. (Cadernos Mare da Reforma do Estado, 13).
- Brasil 1997. Ministério da Saúde. CONASS/CGDRH/SUS/OPAS. *Situação sobre vínculo empregatício, remuneração e incentivos no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília. (RH/SUS, 2).
- Brasil. Lei 9.637 de 15 de maio de 1998. Ministério Público Federal, Brasília.
- Brasil. Ministério Público Federal. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.
- Brasil 1999. Ministério da Saúde. CONASEMS; CGDRH/SUS/OPAS. *Política de RH. Relatório Final*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Bresser Pereira LC 1998. Gestão do setor público. In Bresser Pereira LC, Spink P (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Editora da FGV, Rio de Janeiro, 314 pp.
- Castro JL 1999. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In Santana JP, Castro JL (orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Editora EDUFRRN, Porto Alegre, 449 pp.
- Cecílio LC 1994. *Inventando a mudança na saúde*. Hucitec, São Paulo, 334 pp.
- Cherchiglia M, Dallari SG 1999. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 33, pp. 65-84.
- CINAEM 1997a. *Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório do modelo pedagógico*. (mimeo).
- CINAEM 1997b. *Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório Geral* (mimeo).
- Coelho EC 1988. *A sinecura acadêmica: a ética universitária em questão*. IUPERJ/VERTICE, Rio de Janeiro, 143p.
- CONASS 1999. *Os estados na construção do SUS*. MS/CONASS, Brasília, (Cadernos CONASS, 4).
- Conforto G 1998. Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, pp. 27-40.
- Dal Poz M 2000. *Recursos humanos e o programa de saúde da família: política e problemas*. Rio de Janeiro, (mimeo).
- Dal Poz M, Pierantoni CR, Varella TC 1998. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. *Human Resources Development*, n. 10. OPAS/OMS, Washington D.C.
- Diniz E 1997. *Crise, reforma do Estado e governabilidade. Brasil: 1965-1995*. Editora da FGV, Rio de Janeiro.
- Diniz E 2000. *Globalização, reformas econômicas e elites empresariais*. Brasil anos 1990. Editora da FGV, Rio de Janeiro, 115 pp.
- Donabedian A 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB*, n. 18, pp. 356-60.
- Dussault G, Souza LE 2000. *Gestão de recursos humanos*. Texto apresentado no *Workshop sobre Tendências para a Pesquisa em RH*. São Paulo, (mimeo).
- Faria RMB 1997. Formação de pessoal para o setor público. A experiência da Fundap. In *Desafios da gestão pública paulista*. FUNDAP, São Paulo, (Cadernos FUNDAP, 21).
- Ferlie E, Asburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A 1999. *A nova administração pública em ação*. UNB/ENAP, Brasília, 468 pp.
- Fleury MTL 1996. Desafios e impasses na formação do gestor inovador. In Davel E, Vasconcelos J (orgs.). *Recursos humanos e subjetividade*. Vozes, Petrópolis.
- Fleury S 1997. Reforma administrativa: uma visão crítica. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, pp. 299-309.
- Folha de S. Paulo. 14 de janeiro de 2000.
- Girardi SN 1998. *A reforma regulatória do trabalho e das profissões de saúde: a política de recursos humanos que interessa para as reformas setorial e do Estado*. Seminário: "Regulação e gestão de recursos humanos em saúde relacionado com a perspectiva da reforma do estado". *Relatório Final*. MS/UNB/OPAS, Brasília.
- Girardi SN, Cherchiglia ML, Carvalho CL 1996. *Sinais de mercado e regulação institucional do trabalho em saúde nos anos 90*. Estudos RH em saúde. Ministério da Saúde – CDRH/SUS, Brasília.
- Ibãñez N, Marsiglia R 2000. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In Canesqui AM. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. Hucitec/Fapescc, São Paulo.
- Junqueira LP 1998. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, mar.-abr., pp. 11-22.
- Kettl DF 1998. A revolução global: reforma da administração do setor público. In Bresser Pereira LC, Spink P (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Editora da FGV, Rio de Janeiro.

- Lecovitz E 1997. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. Tese de doutorado em saúde coletiva. Instituto de Medicina Social da UERJ, 302 pp.
- Lima LD 1999. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde: Um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Instituto de Medicina Social da UERJ.
- Machado CV 1999. *Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório a cerca das novas modalidades de gestão nos hospitais públicos do Rio de Janeiro nos anos 90*. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 189 pp.
- Machado MH, Belisário S 2000. Os médicos e o mercado de trabalho. In Canesqui AM. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. Editora Hucitec/FAPESP, São Paulo, 283 pp.
- Merhy EE, Iriart C, Waitzkin H 1996. Atenção gerencial: da microdecisão corporativa à microdecisão administrativa, um caminho igualmente privatizante. Texto apresentado na oficina de trabalho: *Perspectivas para a gestão hospitalar pública no contexto da reforma do Estado: responsabilidade, eficiência e eficácia*. ENSP/FIOCRUZ, nov.
- Mesa Nacional de Negociação do SUS 1998. Diretrizes gerais para o plano de carreira do SUS (NOB-SUS 02/98). *Texto para discussão*. Brasília, (mimeo).
- Mintzberg H 1995. *Criando organizações eficazes. Estruturas em cinco configurações*. Atlas, São Paulo, 304 pp.
- Morgan G 1996. *Imagens das organizações*. Atlas, São Paulo, 425 pp.
- Nogueira RP 1996. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. *Divulgação em Saúde para Debates*, CEBES, n. 14, pp. 18-22.
- Nogueira RP 1998. Trabalho assalariado e contrato de trabalho. In Castro JL & Santana JP (orgs.). *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. OPS/UFRGN. Natal, 125 pp.
- Nogueira RP 1999. Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde*. MS/OPS/UFRN, Brasília, 450 p.
- Pierantoni CR 2000. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas*. Tese de doutorado em saúde coletiva. Instituto de Medicina Social da UERJ. 230 pp.
- Pierantoni CR, Ribeiro E 2001. *A importância do processo de educação permanente na formação do médico*. (mimeo).
- Przeworski A 1998. Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agente x principal. In Bresser Pereira LC, Spink P (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Editora da FGV, Rio de Janeiro, 314 pp.
- Ribeiro ECO 2000. *O trabalho docente em transformação: bases para conformação de um programa de desenvolvimento docente na medicina*. Trabalho completo publicado em CD-Rom dos Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Bahia.
- Santana JPA 1993. Gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Cader-nos RH Saúde*. Brasília, v. 1, n. 3, pp. 51-61.
- Santana JPA, Campos FE, Sena RR 1999. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde*. MS/OPS/UFRN, Brasília, 450 p.
- Santos M 2000. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 2ª ed. Record, Rio de Janeiro, 174 pp.
- Schön D 2000. *Educando o profissional reflexivo. Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artmed Editora, Porto Alegre.
- Schraiber LB (org.) 1990. *Programação em saúde hoje*. Hucitec, São Paulo.
- Schraiber LB 1998. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, novos dilemas*. Tese de livre docência defendida na USP, (mimeo).
- Schraiber LB 2000. A profissão de ser médico. In Canesqui AM (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. Hucitec/Fapesp, São Paulo.
- Schraiber LB, Médici AC, Gonçalves RB 1992. *Os desafios da educação médica frente aos novos paradigmas econômicos e tecnológicos*. OPS, São Paulo, (mimeo).
- Seixas PH 1996. Incentivos financeiros: revisão y elementos de reflexión In Quintana PB, Campos F, Novick M. (orgs.). *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS/OMS, Washington, D.C.
- Sennet R 1999. *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Editora Record, Rio de Janeiro, 204 pp.
- Sório R, Lamarca I 1998. Novos desafios das escolas técnicas de saúde do SUS. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, pp. 147-164.
- Vecina Neto G, Terra V 1998. A universidade e a formação de recursos humanos na gestão da saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, pp. 185-194.
- Viana AL 1996. Entraves à descentralização e propostas de mudanças. In Affonso RBA, Silva PLB (orgs.). *Descentralização e política social*. Fundap, São Paulo. (*Coletânea Federalismo no Brasil*).
- Viana AL 1997. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto da globalização. In Gerschman S, Werneck Vianna ML (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 226 pp.
- Viana AL 1998. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, mar.-abr, pp. 23-33.
- Viana AL 2000. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In Canesqui AM (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. Hucitec/FAPESP, São Paulo, 283 pp.
- Viana AL 2000. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In Canesqui AM (org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. Hucitec/FAPESP, São Paulo, 283 pp.
- Viana AL, Dal Poz MR 1998a. A reforma da saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, pp. 11-48.
- Viana AL, Dal Poz MR 1998b. *Reforma em saúde no Brasil. Programa de saúde da família*. Informe Final. IMS/UERJ Rio de Janeiro, (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166), 35 pp.