

Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista

Sábado Nicolau Girardi

O período recente tem sido marcado por uma relativa turbulência na arena da regulamentação profissional na área da saúde. Mais que a um crescimento simplesmente quantitativo assiste-se a uma importante diferenciação destas demandas e isto em duas direções. Em primeiro lugar, assiste-se a uma ampliação das audiências da regulamentação profissional. Muitas das disputas entre as profissões do setor que eram travadas principalmente nos locais de trabalho atingem hoje, com renovado vigor, a esfera pública. E mais que isto, se os esforços realizados pelas profissões para alcançar seus pleitos se dirigiam, até muito recentemente, sobretudo, aos apoios do poder legislativo e ao “convencimento” do executivo, hoje eles avançam em direção à opinião pública e ao judiciário. Este último, que era acionado principalmente para resolver disputas individuais, envolvendo especialmente processos de erro profissional e questões relacionadas à prática ilegal das profissões, passa a

Ensaio no prelo da revista *Formação*, do Profae/ Ministério da Saúde, produzido em setembro de 2002. O autor é médico, com residências em Medicina Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (1984) e em Saúde Internacional pela Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington – DC, (1991). Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ESPN/FIOCRUZ). Pesquisador em temas relacionados a políticas públicas, especialmente mercado de trabalho e a regulação profissional. Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado e Regulação em Saúde, sediada no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Minas Gerais(NESCON/UFMG).

ser crescentemente chamado para resolver disputas coletivas entre as profissões. As profissões de saúde têm se valido cada vez mais de decisões judiciais para legitimar, em contextos mais amplos, as resoluções expedidas pelos respectivos Conselhos Profissionais. As disputas em torno ao exercício pleno da acupuntura pelos diversos profissionais de saúde, constituem apenas um, entre muitos exemplos. Esta transformação é decisiva, uma vez que o judiciário passa a ser um ator de peso crescente no processo de legitimação das demandas de regulamentação profissional. É preciso notar que este movimento se inscreve dentro de um processo mais amplo que corresponde ao que Habermas (1987), entre outros autores, define como processo de judicialização das políticas sociais, característico das democracias contemporâneas.¹

Em segundo lugar, é possível identificar uma nova qualidade nas demandas de regulamentação profissional na área da saúde. Na verdade, observa-se uma dualidade nas demandas. Por um lado, as profissões regulamentadas do setor, com prerrogativas de auto-governo, disputam em torno aos atos privativos ou exclusivos. Numa palavra, o aumento da concorrência interprofissional tem levado a uma disputa por ampliação de prerrogativas monopólicas no exercício de atividades e serviços profissionais na área da saúde. Os recentes projetos de Lei do "Ato Médico" e do "Ato de Enfermagem" constituem os exemplos mais claros. Ao lado destas demandas, existem aquelas que expressam, mais que tudo, lutas por reconhecimento. A maior parte dos projetos relativos às práticas complementares e alternativas e à regularização de profissões exercidas de forma ilegal (os práticos), que constituem a maioria dos projetos tramitando no Congresso, se localiza nesta segunda categoria. O reconhecimento desta dualidade nas demandas de regulamentação profissional tem implicações práticas e teóricas. No plano teórico, a questão exige uma abordagem que ultrapasse explicações relativas aos processos de profissionalização baseados exclusivamente na realização do auto-interesse e da concorrência por jurisdições de trabalho. É preciso incorporar às análises, a categoria do reconhecimento social, tratada no âmbito das chamadas políticas da diferença e das políticas do reconhecimento. No plano prático, a questão exige um tratamento diferenciado destas demandas, se quisermos, para dizer o mínimo, dar um tratamento justo e digno de uma sociedade democrática inclusionista a estas demandas.

O presente ensaio tem como objetivo trazer à tona alguns elementos que, acreditamos, contribuem como subsídio para este debate. Apresentamos, de início aspectos gerais da regulação entendida como empreendimento simultaneamente ético e econômico. Em seguida discutimos razões, vantagens e problemas atribuídos à regulamentação

¹ Para uma discussão do processo entre nós ver especialmente Vianna *et al.* (1999).

das atividades profissionais, com foco na área da saúde. À luz destas considerações trazemos alguns exemplos representativos do que chamamos de novo paradigma da regulamentação profissional, desenvolvidos em experiências internacionais para, finalmente situarmos a questão nacional dentro de um contexto mais amplo de possibilidades de entendimento e ação.

Considerações gerais sobre a regulação

Na tradição da economia política, o termo regulação engloba um amplo espectro de políticas disciplinadoras das atividades econômicas e sociais, visando não apenas seu controle como a prevenção ou atenuação de suas conseqüências para a comunidade. No primeiro caso, fala-se em regulação econômica e no segundo em regulação social (Samuelson, 1992). Esquemáticamente falando, as políticas de regulação econômica compreendem regras de entrada e saída em determinados mercados, controle dos preços e lucros, variedade e padrões de qualidade dos bens e serviços, regras de concorrência etc. A regulação econômica se justifica pela existência de falhas de mercado, por motivos que envolvem economias de escala (por exemplo, na produção de bens públicos), concentração de poder de mercado (monopólios) e graves lacunas de informação entre produtores e consumidores/clientes. Por seu turno, a regulação social visa conter a variedade de efeitos negativos ou externalidades que resultam do movimento normal da economia, incluindo as regulações ambientais, e demais medidas para promover a saúde e segurança dos trabalhadores e consumidores. Juntamente com as políticas redistributivas e as políticas macroeconômicas de estabilização, a regulação dos mercados constitui o triunvirato das intervenções legítimas do estado na economia.

De uma maneira bastante simplificada, o que existe de comum em toda e qualquer regulação é que ela representa uma “restrição intencional da livre escolha de um sujeito proveniente de uma fonte externa que não as partes diretamente envolvidas” (Mitnick, 1989). Noutros termos, a regulação corresponde a uma intervenção pública (ou da política) sobre a soberania dos mercados (ou do jogo das trocas entre os agentes descentralizados na economia).

Um dos resultados da regulação –muitas vezes mesmo um dos seus objetivos– é que ela opera uma redistribuição de riscos e privilégios, vantagens e prejuízos entre pessoas, grupos e setores da sociedade por ela afetados, num sentido distinto daquele que seria o resultado das interações se estas fossem deixadas ao livre sabor das forças do mercado –entendido aqui na acepção braudeliana de um “jogo de trocas” entre agentes descentralizados–.

Por isto, precisamente, um significado socialmente compartilhado nas sociedades que valorizam a “liberdade” dos mercados e a autonomia decisória dos indivíduos, é que toda regulação, para ser vista como legítima ou não tirânica, deve ser constantemente justificada, e não apenas em termos de eficiência alocativa, mas também de justiça distributiva.² Neste sentido, pragmaticamente falando, para dizer o mínimo, a regulação tem que propiciar alocações e distribuições não apenas diferentes, mas melhores que a dos mercados. Pode-se dizer, com efeito, que toda a crítica da regulação, das teorias que a vinculam a políticas de grupos de interesse, até as teorias que concebem a regulação como apenas mais uma dentre as mercadorias trocadas no mercado da política e das burocracias públicas, carregam, em comum, este traço.³ Varia, no entanto, o peso que atribuem, cada uma delas aos *trade offs* entre eficiência e justiça.

Considerando a Regulamentação Profissional

A regulamentação das profissões é um capítulo muito especial da regulação econômica e social. Num certo sentido, poder-se-ia dizer que as profissões são reguladas porque se deixadas por conta dos mecanismos de mercado, as atividades e serviços que elas brindam à sociedade seriam alocados em níveis sub ótimos. Noutros termos, no balanço entre benefícios e desvantagens, o exercício livre destas atividades, traria mais prejuízos para a sociedade que os porventura ocasionados pela sua regulamentação. Mas esta é apenas uma maneira de enfocar o problema.

Conforme bem situa o economista canadense Robert Evans (1980), a “questão” profissional evoca outras distinções. Diferentemente de outras atividades econômicas e ocupações, os negócios e atividades profissionais funcionam dentro de uma estrutura muito especial de regulação pública, constituída por leis e instituições de fiscalização e controle do exercício, que definem e implementam tanto as regras para entrada nestas atividades como as normas de conduta técnica e ética de seus membros. Mais que isto, esta estrutura especial de regulação pública é constituída por instituições, em larga parte, representada por

² Utilizo o termo tirania na acepção de Fishkin (1979)

³ Na verdade, a discussão sobre os benefícios diferenciais da regulamentação das atividades econômicas e sociais –e mais restritamente, da intervenção governamental– tem ocupado toda a história da economia moderna, com o pêndulo das avaliações ora tendendo para o lado dos consumidores de bens e serviços, ora pro lado das indústrias e negócios regulados – o fiel sempre representado pela noção da utilidade pública. A rationale da regulação, esgrimida tanto por seus defensores como detratores, é apresentada: a utilidade ou o interesse público.

organizações dos próprios pares profissionais que exercem, por delegação, autoridade de estado (os Conselhos Profissionais). De fato, a autoridade delegada pelo Estado para auto-governo (ou autonomia corporativa) parece ser, então a característica que mais diferencia as profissões, não somente dos demais negócios e atividades econômicas, como das ocupações comuns. O poder de auto-governo concedido a uma profissão guarda dois aspectos essenciais: o poder para "licenciar" ou "autorizar" e a habilidade para disciplinar os indivíduos "licenciados" para o exercício profissional. Essencialmente, o significado desse poder é a autoridade para decidir sobre questões relativas ao *direito de prática*, ou seja a quem será permitido ganhar a vida naquela atividade e a quem não (Casey, 2001: 1-1).

Mas por que isto? Por que razão o Estado e a sociedade brindariam ao sistema das profissões com estruturas especiais de regulação pública e, ainda por cima, com capacidade de auto-governo?

Em geral, apresentam-se três argumentos básicos:

1) a idéia de que o exercício das atividades exercidas pelas profissões implica em riscos que podem afetar profundamente a saúde pública, a segurança, o patrimônio e o bem-estar do público;

2) a idéia de que tais atividades envolvem habilidades complexas, com elevado teor científico e técnico em geral não acessíveis sem o concurso de sistemas de formação profissional complexos como as universidades;

3) a idéia de que a qualidade e os resultados do trabalho dos profissionais não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo.

Os dois últimos argumentos, tecnicamente falando o problema da assimetria informacional e das decisões errôneas, justificariam ademais, as prerrogativas de auto-regulação ou auto-governo concedidas pelo estado a muitas profissões.

As barreiras legais para entrada nos mercados de trabalho – sob a forma do credencialismo educacional e da exigência de licenças e diplomas - emanadas em grande parte das próprias corporações profissionais - estabelecem padrões mínimos de prática técnica e conduta ética e social, que efetivamente mantém os usuários de serviços profissionais relativamente a salvo de praticantes inescrupulosos e profissionais incompetentes.

Por outro lado, a existência de um sistema institucional de credenciamento ocupacional que regula a questão do direito de prática e do uso de títulos profissionais, representa uma importante economia para redes de provedores e consumidores individuais com a obtenção de informação sobre a qualidade dos profissionais existentes no "mercado" (Freidson, 1988; Williamson, 1996). Em tese, desde esta perspectiva, pode-se dizer que o problema dos custos de informação nos mercados

profissionais cresce na proporção direta do tamanho do mercado e em progressão geométrica com a complexidade dos conhecimentos teórico-científicos e habilidades técnicas necessárias para o exercício da profissão. Sendo estas premissas verdadeiras, pode-se dizer que este sistema de “sinais de mercado”, propiciado pelos sistemas institucionais de regulação profissional será tão mais confiável quanto mais rigorosamente administrado a partir regras de excelência técnica e ética que governam internamente aquele campo de trabalho.⁴ Este é o outro argumento que reforça a delegação de auto-regulação a determinadas profissões, muito particularmente no campo da saúde.

Entretanto, ao lado destes benefícios, as leis de exercício, também criam *ex ante* reservas de mercado, que podem implicar em monopólios profissionais mais ou menos extensos sobre campos de atividades, dependendo, entre outras coisas, da extensão do escopo de práticas conferidos à profissão, do grau de privatividade ou exclusividade conferido aos atos profissionais específicos da profissão, e da capacidade de controle *ex post* das reservas legais pelas instituições de fiscalização do exercício. Em outros termos, a regulação profissional cria *direitos de propriedade* por restringir o acesso à prática dos atos regulados como privativos e ostentação de títulos profissionais no mercado (Girardi, 2000). Quanto maior a extensão do escopo de práticas e quanto mais extensa a lista de atos exclusivos ou privativos a ela legalmente atribuídos maior será o tamanho de sua propriedade (ou do domínio patrimonial da profissão).⁵ Como qualquer política que redistribui ganhos e perdas nos mercados –e neste caso trata-se de ganhos em termos de propriedade ou patrimônio– sua existência deve forçosamente representar um benefício público, ademais de considerar, na sua concessão, reclames de grupos de competidores que se considerem possivelmente lesados em seu direito.

Malgrado seus benefícios públicos, três tipos de crítica têm sido mais comumente apontadas à questão dos monopólios profissionais, mais especificamente na área da saúde.⁶ Em primeiro lugar, a crítica mais elemen-

⁴ Saltman & Busse (2002:22) resumizam as vantagens da auto-regulação delegada à determinadas profissões relativamente a formas de hetero-regulação: alto compromisso com as próprias regras; processo mais informado no desenho de normas técnicas; baixo custo gerencial comparativo; maior ajustamento dos protocolos e normas de prática com as vistas como razoáveis pelos profissionais que estão na prática; maior abrangência das regras; maior potencialidade e aceitação de ajustes; maior facilidade de implementação efetiva das regras e *possibilidade de combinação com supervisão externa* (grifo meu). Entre as desvantagens, a auto-regulação cria regras auto-interessadas e, no limite, pode tender a afrouxar a aplicação das próprias regras que cria, numa espécie de instinto de auto-defesa corporativa. Daí outra importante limitação: a baixa confiança do público.

⁵ Agradeço a Antônio Anastásia, a analogia entre a concessão de campos de atos privativos e a idéia de patrimônio de uma profissão.

⁶ No seguinte apoio-me fartamente em Evans (1980)

tar (à *la* Milton Friedman) objeta que as restrições de entrada inflacionam os custos em duas vias: primeiro, por criarem lucros “monopólicos” para a profissão, ao reduzir artificialmente a oferta de bens e serviços; depois pelo estabelecimento de preços cartelizados. Na verdade, este argumento encontraria sua principal fraqueza numa verificação empírica muito comum pelo menos na área da saúde: os profissionais, particularmente os que têm uma relação direta com os pacientes e guardam, na relação de serviços, maiores graus de autonomia técnica, costumam gerar sua própria demanda, aumentando e não diminuindo os níveis de oferta. Por outro lado, este tipo de crítica não considera, seriamente, os benefícios gerados para os usuários em termos de segurança e bem estar, e menos ainda a questão informacional, tal qual apresentado. Numa palavra, os signatários deste tipo de crítica não reconhecem as especificidades que cercam o sistema das profissões. Dois outros tipos de crítica, no entanto, revestem-se de maior pragmatismo e, no nosso entendimento, merecem ser mais seriamente consideradas, inclusive pelas possibilidades que abrem de se criar salvaguardas contra os efeitos maléficos dos monopólios profissionais. Alguns autores argumentam que organizações tipicamente profissionais, como as de saúde, quando dirigidas pelos próprios profissionais tendem a desperdiçar recursos por meio de uma contratação excessiva de trabalho de pares profissionais (talvez por mecanismos conscientes e inconscientes de defesa corporativa). A ambigüidade entre o papel de gerente e o de ofertante dos serviços profissionais levaria à contratação, por estas organizações, de um *mix* não eficiente de força de trabalho caracterizado pela superutilização de serviços de profissionais de maior qualificação e preços (os pares) em detrimento de uma utilização mais intensa de pessoal de qualificação auxiliar. Esta tendência para a ineficiência na combinação do uso de força de trabalho se veria naturalmente reforçada nos casos em que também as atividades gerenciais são regulamentadas como privativas ou exclusivas.⁷ Um comportamento eficiente da organização recomendaria exatamente o contrário: que a gerência dos serviços seja compartilhada por profissionais de áreas distintas. Por fim, uma outra visão do “problema” dos monopólios profissionais, sustenta que o problema de certas profissões regulamentadas não reside na sub-oferta, mas até pelo contrário, em superoferta de serviços. Este, conforme vem sendo apontado em vários estudos, é o caso das profissões de saúde, que em ambientes laborais de elevada autonomia profissional e baixa capacidade de governança gerencial, costumam produzir serviços muito além do necessário, levando não apenas a problemas de desperdício como a excessos iatrogênicos. Uma das soluções ensaiadas para contornar este problema foi o desenvolvimento, ainda na década dos setenta, dos modelos de atenção

⁷ Este é o caso do recente projeto de Lei do Ato Médico, tramitando no Congresso Nacional, assim como da Lei de Exercício da Enfermagem vigente no Brasil que definem como privativas das respectivas categorias, as atividades de gestão do trabalho destas profissões.

baseados na chamada competição gerenciada nos Estados Unidos (as HMO's). Os modelos da Atenção Gerenciada operam num ambiente onde várias organizações de provedores de serviços vendem não exatamente serviços, mas contratos de manutenção de saúde dos pacientes segurados. A troca da lógica da venda de serviços pela da venda de contratos de manutenção de saúde teria como efeito introduzir um outro tipo de racionalidade, de corte mais econômico-gerencial, funcionando como poder compensatório à lógica de dominância profissional, com tendência à minimização do problema da superprodução de procedimentos e atos profissionais de baixa relação custo-efetividade.⁸

Ademais da cristalização de reservas de mercado e da relativa invulnerabilidade aos legítimos objetivos gerenciais de ampliação da cobertura e acesso aos cuidados, o modelo de auto-governo profissional vem sendo criticado por outras razões, das quais citaríamos três de maior visibilidade: a pequena responsividade ao público; o crescimento do sentimento de "injustiça" entre as ocupações, ocasionado pela exclusão e subordinação hierárquica das ocupações e profissões de menor status e o estabelecimento de entraves à políticas estatais de coordenação das profissões tendo em vista, por exemplo, a implementação de políticas de saúde de corte universalista e de reconhecimento de competências laborais. Estes três problemas decorrem de uma dificuldade enfrentada pelas instituições de auto-governo profissionais com autoridade governamental delegada (os nossos Conselhos Profissionais) no que respeita à interpretação de sua missão. Instituídas e socialmente legitimadas como agentes do Estado para monitorar a qualidade técnica e o processo disciplinar do exercício profissional para a proteção do público estas instituições, muitas vezes, na vigência de conflitos de interesses, costumam agir de forma auto-interessada, protegendo a seus pares. Daí a pequena confiança que elas inspiram ao público. Pode-se dizer, por outro lado, que esta ambigüidade na interpretação de seu papel muitas vezes leva a que dirigentes bem intencionados destas instituições pleiteiem estratégias como a fusão de tais instituições com organizações sindicais e associações profissionais com o intuito de fortalecer a profissão. Esta mesma ambigüidade de papéis dificulta que estas instituições adotem, de forma espontânea, estratégias de ação coletiva visando a cooperação interprofissional, o trabalho multidisciplinar e o mútuo reconhecimento de competências. Daí, também, a necessidade de instâncias supra-profissionais, com autoridade de governo, para coordenar as políticas de Estado para as profissões. Mas, ironicamente, na raiz das resistências à implementação destas políticas encontra-se essa dificuldade das instituições de auto-governo profissionais se auto-interpretarem como agentes do Estado.

⁸ para o conceito de dominância profissional ver Freidson; para uma avaliação mais detalhada ver "Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care" Richard W. Scott (Editor), para o caso do Brasil, ver Merhy, 2002)

Novas experiências de regulamentação das profissões na área da saúde: buscando um novo paradigma para a regulamentação profissional

Em resposta a estes problemas, países como o Canadá e os Estados Unidos, no continente americano, e blocos regionais, como a Comunidade Econômica, Européia vêm desenvolvendo, ao longo das últimas décadas, esforços para reformar seus sistemas de regulamentação pública das profissões, perguntando-se essencialmente sobre duas questões:

1) Os modelos de auto-governo são os que melhor servem para a proteção e o bem estar públicos?

2) Qual a extensão e níveis de exclusividade devem ser conferidas às reservas de mercado e monopólios profissionais?

Resultados de diversas investigações conduzidas no Canadá –país que tomou a dianteira nestas reformas– entre finais das décadas dos sessenta e início dos setenta, reconheceram as vantagens (e mesmo uma certa inevitabilidade) da auto-regulação profissional, mas recomendaram que, ao mesmo tempo, se emprestasse maior ênfase no desenho de mecanismos institucionais de prestação de contas ao público e de proteção dos direitos de indivíduos e grupos, especialmente aqueles em maior desvantagem nos mercados (Casey 2001).⁹

Não se pretende, aqui, realizar um inventário desses esforços e menos ainda avaliar seus resultados. Nosso objetivo, nesta última sessão, é o de discutir algumas questões colocadas mais recentemente na arena da regulamentação profissional no Brasil, a exemplo dos projetos de Lei do “Ato Médico” e do “Ato de enfermagem”, à luz de elementos comuns retirados das experiências mais significativas e influentes ocorridas nas Américas, que vêm se constituindo numa espécie de novo paradigma de regulamentação profissional, forjado especialmente a partir da área da saúde.¹⁰

⁹ Um dos relatórios pioneiros sobre o tema, reporta resultados de diversas investigações conduzidas no Canadá entre finais da década dos sessenta e início dos setenta foi o *Relatório Mc Ruer*, Toronto, 1968-1971

¹⁰ me baseio especialmente nos resultados de um estudo sobre regulamentação profissional em países da América Latina, EUA e Canadá, realizado entre 1997 e 1999, pelo Programa de Recursos Humanos -Organización Panamericana de la Salud- OPS/ OMS, Washington, D.C. sob a coordenação de Daniel Purcallas e Sábado Girardi. O estudo contou com a participação de pesquisadores do México, Colômbia e Chile, além do Brasil. As informações sobre o Canadá e os Estados Unidos foram obtidas por meio de entrevistas diretas e análise de publicações. Foram analisadas as experiências pioneiras de Ontário e Québec, e a experiência da “Pew Health Professions Commission”, cujos trabalhos, iniciados em 1989, tratam essencialmente de assuntos concernentes à regulamentação de profissões de saúde nos Estados Unidos. Diferentemente do caso canadense, onde as iniciativas são governamentais, no caso americano, a comissão é constituída no âmbito estrito da sociedade civil.

De uma maneira geral, estes movimentos de reforma da regulamentação das profissões de saúde não foram puxados nem de forma isolada nem por iniciativas das próprias profissões. Até pelo contrário, encontrando inicialmente oposição das profissões estabelecidas (que ao longo do processo se acomodaram), eles se inscreveram dentro de contextos de reformas mais amplos, a exemplo dos movimentos de reformas administrativas e dos sistemas de seguridade social no Canadá dos anos setenta e oitenta, e mais recentemente, a partir dos anos 90, das reformas setoriais da saúde, e no caso dos Estados Unidos, alimentados pela dinâmica de crise permanente e tentativas de reforma do sistema de atenção à saúde.¹¹

No caso canadense, as iniciativas partiram do governo das províncias e resultaram, efetivamente, em profundas mudanças na legislação e estruturas de regulação profissional em Ontario, Alberta, British Columbia e, mais recentemente, em Québec. Nos Estados Unidos, a questão da reforma profissional foi colocada na agenda pública, em escala nacional, a partir dos trabalhos de uma comissão constituída no âmbito estrito da sociedade civil (a Comissão de Profissões de Saúde da Fundação Pew) e as recomendações são de caráter exclusivamente persuasivo. Posteriormente, o Estado da Virgínia, a partir de iniciativa oficial da Assembléia Legislativa, constituiu uma comissão para tratar da questão.

Apesar das especificidades de cada caso, estas experiências trazem de comum o fato de avançarem na direção de um novo paradigma para a regulamentação das profissões, especialmente na área da saúde. O que se busca, sobretudo, com estas experiências de reforma, é construir um modelo baseado na idéia de que a proteção do público contra efeitos prejudiciais da prática das profissões é o princípio inarredável da regulamentação profissional. Sob esse prisma, os sistemas devem exibir a maior flexibilidade possível tendo em vista atingir objetivos mais gerais dos sistemas de saúde tais como a universalidade e equidade de acesso, maior eficiência econômica, uso pleno das potencialidades e competências dos recursos humanos, maior cooperação entre as profissões, capacidade para promover e ajustar-se às inovações tecnológicas, desenvolver novas modalidades de tratamento e ampliar o escopo de escolhas de alternativas terapêuticas seguras para os usuários. Isto num ambiente em que a proteção e o bem estar do público devem ser constantemente aferidos e assegurados. Duas dinâmicas aparentemente contraditórias, na antiga regulação, passam a se verificar de forma concomitante com a introdução destes processos: um movimento de redução até a eliminação de monopólios profissionais desnecessários sobre determinados tipos de atividades e a regulamentação de atividades

¹¹ Cf. Girardi 1999, A regulação institucional da força de trabalho em saúde nos estados unidos e Canadá: políticas de transição.

potencialmente danosas à população, até então desreguladas, até pelo veto das profissões dominantes.

Estes processos de reforma profissional se iniciaram pela abertura de três grandes capítulos temáticos:

- A revisão do marco legal de regulamentação profissional
- A revisão das estruturas institucionais da regulação profissional
- A revisão dos escopos de prática (ou campos de prática) legalmente atribuídos às profissões

Tendo em vista nosso objetivo mais imediato vamos nos ater ao terceiro ponto, comentando apenas de passagem os dois primeiros temas.

Os processos de revisão da legislação profissional incluem não apenas a análise da legislação concernente a cada uma das profissões regulamentadas do setor, como a análise das demandas de regulamentação de profissões ou grupos ocupacionais emergentes. O objetivo deste procedimento é o de propiciar igualdade de tratamento aos pleitos, reconhecendo as diferentes competências, dentro do princípio mais global da proteção do público contra danos provenientes do exercício das atividades profissionais. Como resultado, algumas ocupações e práticas terapêuticas complementares e alternativas ganharam regulamentação, enquanto que regulamentações anacrônicas se viram flexibilizadas.

No que concerne às estruturas institucionais de regulação pública, um resultado comum tem sido o fortalecimento dos Conselhos Profissionais no exercício de seus mandatos de proteção ao público. Buscou-se aumentar a capacidade dos Conselhos Profissionais no que concerne à fiscalização e controle da conduta técnica e ética dos seus membros, à formação continuada de competências, à agilização da condução de processos de erro profissional etc., inclusive por meio do aumento de dotações orçamentárias e processos formativos específicos de seus quadros para tal fim. Ao lado deste objetivo, foram instituídos outros tipos de agentes, que compartilham com os Conselhos, por meio de mandatos específicos –representação do público e assessoria ao governo, gestão governamental, representação judicial, etc.– a tarefa de promover uma regulamentação das profissões de interesse público. A idéia subjacente ao processo é a de conciliar a existência das instituições de auto-governo das profissões no interior de um *mix* regulatório que opera constantemente balanços entre interesses conflitantes dos diversos atores que atuam no campo: profissões regulamentadas, grupos que demandam regulação, usuários e gestores de serviços. O princípio do interesse público figura como uma espécie “fiel” da balança.

Com relação ao tema da revisão dos campos de prática, os processos de reforma, pela maneira como vêm sendo conduzidos, acabaram por introduzir alguns conceitos novos que merecem uma discussão um pouco mais detida: a noção de atos controlados, autorizados ou re-

servados – usados mais ou menos indistintamente,¹² a noção de proteção ou reserva de uso de título; e a noção de atos delegados e atos supervisionados.

A noção de escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão. O campo de prática define, em termos amplos, o que a profissão faz e como ela faz. O novo paradigma da regulação profissional começa por reconhecer que na regulação antiga cada profissão regulamentada possui um campo *exclusivo* de prática, que proíbe outras profissões de praticarem no seu interior, a não ser que sob permissão legal. No interior de seu campo de prática, cada profissão tem atos que lhe são reservados, por lei, de forma exclusiva (ou privativa) –que é de sua propriedade– e atos compartilhados.

Conforme bem define Miranda Sá Jr (2001)

“Os atos profissionais podem ser atribuídos de maneira privativa aos agentes de uma profissão, caso em que só podem ser executados por um agente profissional legalmente habilitado daquela categoria profissional. Ou podem ser típicos de uma profissão ou mesmo específicos dela, mas sendo compartilhados com agentes de outra categoria profissional (ou diversas delas)...”

O novo paradigma da regulamentação profissional parte da definição de escopos de prática não exclusivos e atos reservados (ou mais genericamente ainda atividades reservadas). Em nenhum dos casos estes atos são, *a priori*, entendidos como privativos ou exclusivos a uma determinada profissão, mesmo que por lei, seu exercício seja a ela autorizado e a mais nenhuma outra. Escopos de prática sobrepostos (*overlapping scopes of practice*) são não apenas reconhecidos como encorajados.

A definição dos atos reservados (controlados ou autorizados), remete a tarefas, serviços e procedimentos que envolvem grau significativo de risco de dano aos pacientes. Estes estão restritos apenas aos membros das profissões autorizadas, mas não constituem base de exclusividade ou monopólio de uma profissão isolada. De qualquer forma, nenhuma pessoa não pertencente às profissões autorizadas por lei, pode exercer atos autorizados sem incorrer em prática ilegal.¹³

¹² Na reforma de Québec, a mais recente, a Lei que modifica o Código das Profissões, sancionada em junho de 2002, substitui o conceito de ato – utilizado em Leis precedentes das outras províncias, pelo conceito de atividade, por considerar este último um conceito mais amplo.

¹³ Alguns críticos do novo sistema consideram que o resultado prático é uma realocação do monopólio desde uma profissão específica para uma espécie de monopólio setorial de um condomínio profissional. Esta crítica pode ser deduzida da entrevista com representantes do Conselho de Medicina de Ontário. Cf. Girardi (1999)

Três grupos de fatores são avaliados na consideração do risco efetivo de dano, na definição de um ato reservado:

- a probabilidade de sua ocorrência;
- o significado de suas conseqüências para as vítimas individuais;
- o número de pessoas potencialmente ameaçadas.

Sem querer alongar o ponto, na legislação de Ontário (que vigora desde 1994), se estabeleceram 13 atos controlados (por exemplo: comunicação de diagnósticos, execução de procedimento invasivo sob a derme, redução de fraturas, administração de substâncias por injeção e de fármacos sob prescrição regulamentada; realização de testes alérgicos, aplicação de próteses dentais e artefatos visuais e auditivos corretoriais, administração de formas de energia, administração de trabalho de parto, entre outras). Cada profissão da saúde, autorizada sob lei específica, elaborada pelo seu Conselho, terá autorização para exercer um ou mais dos 13 atos controlados, mas nenhum desses atos constitui, *a priori*, domínio exclusivo ou privativo de uma profissão.¹⁴

A noção de “proteção de título”, ou mais especificamente o estabelecimento de títulos de uso reservado, que apenas membros da profissão são permitidos ostentar, tem o objetivo de assegurar ao público que o portador do título profissional tem os mínimos níveis de qualificação exigidos pela profissão em questão e que é fiscalizado pelo Conselho da sua profissão.

Ao lado destas medidas de proteção do público, as noções de atos delegados e atos supervisionados, complementam o quadro destas “inovações” e têm o sentido explícito de promover o reconhecimento das competências laborais efetivamente demonstradas e certificadas bem como de propiciar o pleno uso dos recursos humanos. Situações especiais, como a escassez de recursos humanos em determinadas áreas geográficas e territoriais, situações emergenciais, especificidades de hábitos culturais ou mesmo necessidades de ordem gerencial colocadas por projetos inovativos em determinadas áreas assistenciais (a exemplo da área de saúde mental), justificam a delegação de atos profissionais autorizados a uma profissão a membros de outras profissões e pessoal auxiliar. Em tese, a delegação supõe que as tarefas delegadas possam ser realizadas sem a presença do profissional que o delegou. O ato supervisionado, por seu turno, implica num controle mais intenso, podendo exigir a presença física do supervisor. Os atos delegados sob supervisão

¹⁴ Os médicos são autorizados para exercerem 12 dos atos controlados e cinco profissões reguladas não têm autorização para executar nenhum dos 13 atos.

são acompanhados de instruções escritas sobre o modo de prática do ato seja sob protocolo geral seja através de instruções específicas sobre casos. Em geral, os processos de delegação envolvem de forma pró-ativa, a participação dos Conselhos Profissionais que regulam a profissão que delega o ato, sob circunstâncias especiais, inclusive na elaboração dos protocolos de prática. Neste sentido, a Lei de Profissões de Saúde recentemente sancionada na província de Québec estabelece de forma explícita disposições que permitem a não profissionais exercerem certas atividades, sob circunstâncias e tarefas bem delimitadas, no sentido de responder às necessidades da população. Da mesma forma, a lei estabelece um quadro que autoriza a profissionais não médicos, notadamente enfermeiros, a exercerem certas atividades médicas, desde que passíveis de verificação, no seu exercício, pelo Conselho de Medicina. Uma exigência crescentemente apontada para o exercício de atividades delegadas tem sido a de que o profissional em questão tenha sua competência certificada por órgãos oficialmente reconhecidos dos sistemas de certificação de competências laborais.

No Brasil, dois projetos de regulamentação profissional na área da saúde, trazem para a esfera pública, com renovado vigor, a discussão acerca de campos de prática e atos privativos ou exclusivos. Representam novidade, no cenário da regulamentação profissional da área, na medida em que buscam definições acerca do que constitui ato profissional específico e ato privativo, num contexto marcado pelo recrudescimento das disputas por jurisdição profissionais monopólicas no mercado de trabalho. Trata-se do Projeto de Lei do “Ato Médico”, que deu entrada no Senado Federal em fevereiro de 2002, e do projeto de Lei que define o ato de enfermagem, que deu entrada na Câmara dos Deputados em julho de 2002. Ambos os projetos encontram-se tramitando no legislativo.

O Projeto do ato médico estabelece o conceito de ato médico privativo ou exclusivo ao lado do ato médico compartilhado com outras profissões. Amparando-se nos conceitos de prevenção primária, secundária e terciária, da Medicina Preventiva,¹⁵ estabelece-se basicamente

¹⁵ A prevenção primária inclui atividades tomadas para reduzir o risco de ocorrência de enfermidades, a exemplo da imunização, desenvolvimento de atividades físicas e anti-obesidade preventivas de doença cardio-vasculares, campanhas anti-fumo, preventivas de DST/AIDS etc. A prevenção secundária abarca diagnóstico inicial e tratamento imediato de doenças para reduzir ou alterar seu curso e prevenir complicações, inclusive para terceiros; a prevenção terciária visa a limitação dos danos produzidos por uma doença ou deficiência instalada e a promoção de reabilitação de doenças crônicas.

que os atos de prevenção secundária e os demais que impliquem em procedimentos diagnósticos de enfermidades e de indicação terapêuticos constituem atos privativos dos médicos. Fica aberta para as outras profissões da área da saúde a porta da prevenção primária e secundária sem diagnóstico ou terapêutica. Exceção é feita, de forma explícita, para os casos da odontologia e de práticas de psicoterapia que apesar de praticarem atos tipicamente médicos (cirurgias buco-maxilares e psicoterapia) o fazem de forma compartilhada. Além disto expande-se o campo dos atos privativos da profissão médica as atividades de gestão, avaliação e ensino daqueles procedimentos privativos dos médicos.

Por seu turno, o projeto que define o ato de enfermagem confere ao Conselho Federal de Enfermagem a atribuição para definir a natureza e a extensão dos atos de enfermagem assim como determinar as ações e competências exclusivas desta profissão. É preciso notar que já na Lei de Exercício da Enfermagem, de 1986 (em vigor) definia-se como atividades privativas da profissão, entre outros: a direção dos órgãos de enfermagem das instituições de saúde, a chefia das unidades de enfermagem, o planejamento e a avaliação dos serviços de assistência à enfermagem (!!!) entre outros atos privativos; ao lado de atos compartilhados com outras profissões de saúde, a exemplo da execução de trabalho de parto sem distocia bem como identificação de distocias obstétricas e tomada de providências necessárias até a chegada do profissional de medicina.

Não é nosso propósito adentrar os méritos intrínsecos de cada um destes projetos. É certo que ambos representam formas legítimas de enfrentamento de dificuldades destas profissões nos mercados de trabalho. A própria tradição corporativa da regulamentação profissional em nosso país os legitima. A recente Lei de regulamentação da advocacia, de 1994, confere à profissão atos privativos, de exercício exclusivo. Assim também acontece com muitas outras profissões. Por outro lado, entre as intenções do projeto —especificamente no caso da medicina— figura a legítima preocupação com o crescimento talvez inusitado entre nós das práticas clínicas desreguladas, realizadas por médicos e especialmente por não médicos, com resultados extremamente lesivos à saúde da população, conforme se sabe.

No sentido de contribuir para o debate, duas críticas poderiam ser feitas. Em primeiro lugar, tais projetos situam-se na contra-mão do desenvolvimento do setor da saúde em nosso país. Eles chegam, pode-se dizer, num momento de expansão potencial de escopo de prática de profissões não médicas. Uma série de fatores, que não cabe aqui especificar, empurram para uma expansão do escopo de prática de profissionais não-médicos em direções clínicas, envolvendo em várias dimensões, aspectos diagnósticos e terapêuticos antes reservados (por

tradição ou convenção e não por lei ou norma jurídica escrita) aos médicos. É o caso das terapias e práticas clínicas alternativas (a chamada outra saúde), é também o caso das novas práticas de saúde mental e da prevenção de epidemias como a da AIDS, da expansão da clínica no Programa de Saúde da Família, entre outros. Por outro lado, é bastante razoável supor que em localidades desprovidos de médicos ou em áreas de atuação que apresentam lacunas assistenciais, até pelas tendências de especialização e abstração crescente das práticas profissionais —as autoridades sanitárias do país pretendam expandir o escopo de prática de outros profissionais e uma maneira segura de fazer tal coisa é por meio do ato supervisionado ou delegado sob ordem/ prescrição direta do médico (em casos individuais) ou sob a vigência de protocolos clínicos, a exemplo do que se observa em outros países, conforme visto.

Em segundo lugar, os projetos de atribuição de atos exclusivos à profissões situam-se na contra-mão das reformas da regulação profissional que têm servido de paradigmas pela inovação e respeito à cidadania e reconhecimento das diferenças interprofissionais.

Por outro lado, e esta crítica não poderia ser dirigida às profissões, mas ao Estado e muito especialmente à gestão governamental da saúde, do ponto de vista procedimental também estamos na contra-mão. A maior parte dos processos de reforma profissional, fundamentados na proteção e bem estar do público, não tem se caracterizado por reformas pontuais baseadas nessa ou naquela profissão —geralmente quando é assim, ganham os segmentos da sociedade, com maior poder e capacidade lobística— e isto em detrimento da população em geral e mesmo das profissões. Na verdade, um processo de reforma da regulamentação profissional em nosso país, apropriado à realidade do século que se inicia, ademais de envolver uma profunda revisão da legislação e das demandas de regulamentação profissional, dos escopos de prática de cada profissão e das estruturas e instituições de regulação pública das profissões, deve se pautar pela publicidade dos debates e pela participação do conjunto dos atores sociais e econômicos interessados. E este é um processo que, nos países de democracia inclusiva, envolve, necessariamente, coordenação de governo. A questão da regulamentação profissional é uma questão de política pública e como tal deve ser enfrentada.

Considerações Finais

A reforma da regulação profissional deve pautar-se por diretrizes que visem reforçar os aspectos positivos do sistema de auto-regulação vigente, em especial seu potencial para garantir a qualidade dos padrões técnicos e éticos do exercício profissional e de proteção do público, mas deve esforçar-se por criar mecanismos para compensar suas falhas.

Para tanto, um formato de regulação profissional e ocupacional a ser estimulado, baseado no princípio geral da utilidade pública da regulação, deve contemplar, na prática, o balanço criterioso entre objetivos pragmáticos da política do governo para o setor e do fortalecimento das instituições básicas de uma sociedade justa, dentre os quais, vale citar:

- Proteção do público contra a ação de profissionais incompetentes, provedores desqualificados e inescrupulosos
- Promoção da Eficiência na provisão dos serviços de saúde
- Garantia da acessibilidade aos serviços de saúde
- Garantia da equidade na distribuição dos serviços de saúde
- Equidade no tratamento das profissões e ocupações
- Reconhecimento das competências laborais
- Promoção de capacidade de estado para a coordenação da política para as profissões

Bibliografia

- CASEY, J.T. (2001), *The Regulation of Professions in Canadá*, Toronto: Carswell
- EVANS, R.G. (1980), "Professions and the production function: can competitive police improve efficiency in the licensed professions", en Rottenberg, S. (ed.) *Occupational Licensure and Regulation. American Enterprise Institute for Public Policy Research*.
- FISHKIN, J. (1979), *Tyranny and Legitimacy: A Critique of Political Theories*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- FREIDSON, E. (1988), *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.
- GIRARDI, S.N. et al. (1995), *Sinais de Mercado e Regulação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil dos anos 90*, Brasília, CGDRH - Ministério da Saúde.
- (1999), *A regulação institucional da força de trabalho em saúde nos Estados Unidos e Canadá: políticas de transição*, Relatório de Pesquisa, Washington D.C., Panamerican Health Organization/WHO.

- (2000), "Los dilemas de la Reforma de la Regulación del Trabajo y de las Profesiones de Salud en la Reforma del Estado", *Cuadernos Médico Sociales*, nº 77, abril 2000, pp. 45-58.
- HABERMAS, J. (1987), *The Theory of Communicative Action: Lifeworld and System: a critique of functionalist reason*, Boston, Beacon Press.
- HESS, D. (2000), "Medicina integrada e questões de universalismo", en Gomes, L.G. et al. (orgs.), *O Brasil não é para principiantes; carnavaís, malandros e heróis, 20 anos depois*, Rio de Janeiro, Editora FGV.
- MERHY, E.E. (2002), *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*, São Paulo, Hucitec.
- MIRANDA SÁ JR, L.S. (2001), *Exposição de Motivos*, Anexo à Resolução CFM N.º 1.627/2001.
- MITNICK, Barry M. (1989). *La Economía Política de la Regulación*, México, Fondo de Cultura Económica, p. 505.
- ONTARIO. Ministry of Health (s.d.). Striking a New Balance: a blueprint for the Regulation of Ontario's Health Professions: Recommendation of the Health Professions Legislation Review, Ontario, p.11.
- PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION (1995), *Critical Challenges: Revitalizing the Health Professions for the Twenty-First Century*, The Third Report of The Pew Health Profession Commission, <http://futurehealth.ucsf.edu/pewreg>.
- SALTMAN, R.B. e R. BUSSE (2002), "Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice", en Saltman, Mossialos, Busse (eds.), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Open University Press.
- SAMUELSON, P., W. NORDHAUS (1992), *Economics*, New York, McGraw-Hill.
- VIANNA, L.V. et al. (1999), *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*, Rio de Janeiro, Revan.
- WILLIAMSON, Oliver (1996), *The Mechanisms of Governance*, New York, Oxford University Press.

Resumo

O artigo parte da identificação de uma lógica dual nas demandas por regulamentação profissional na área da Saúde no Brasil: ampliação de prerrogativas monopólicas no exercício das atividades profissionais *versus* lutas por reconhecimento. Conceituando a regulação profissional como política pública, discute razões, vantagens e problemas atribuídos à regulamentação das atividades profissionais, com foco na área da Saúde. À luz dessas considerações, o artigo apresenta alguns exemplos representativos do que define como novo paradigma da regulamentação profissional, desenvolvidos em experiências internacionais, para finalmente situar a questão nacional dentro de um contexto mais amplo de possibilidades de entendimento e ação política.

Abstract

The article is based on the identification of a dual logic in the claims for professional regulation on the health sector in Brazil: the expansion for of monopolistic prerogatives versus struggles for recognition in the exercise of professional activities. Understanding the professional regulation as public policy, it discusses reasons, advantages and problems related to that field. In the light of such considerations, the article brings some representative instances on what it defines as the new paradigm for professional regulation developed in international experiences and, finally, it places the national issue in a broader context of possibilities of understanding and political action.