

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

Dilemmas on professional regulation in Health field: issues for a democratic and inclusive Government

Sábado Nicolau Girardi

Doutorando em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública (ESPN/FIOCRUZ)

Paulo Henrique Seixas

Diretor da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos do Ministério da Saúde

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* demandas 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.

Palavras-chave: Reforma Regulatória; Regulamentação Profissional; Recursos Humanos em Saúde; Profissões de Saúde; Políticas Públicas.

Abstract: The article is based on the identification of a dual logic in the demand for professional regulation in Health field in Brazil: the expansion of monopolist prerogatives in the exercise of professional activities *versus* the demand for recognition. Understanding the professional regulation as public policy, it discusses reasons, advantages and problems related to the regulation of professional activities, focusing on the Health field. In the light of such considerations, the article brings some representative samples 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.

Keywords: Regulatory Reform; Professional Regulation; Human Resources in Health; Health Professions; Public Policies.

Introdução

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 isso, 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 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 do exercício pleno da acupuntura pelos diversos profissionais de saúde, constituem apenas um, dentre muitos exemplos. Essa transformação é decisiva, uma vez que o judiciário passa a ser um ator de peso no processo de legitimação das demandas de regulamentação profissional. É preciso notar que esse 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 contemporâneas¹.

Em segundo lugar, é possível identificar uma nova qualidade nas demandas de regulamentação profes-

sional na área da Saúde. Na verdade, observa-se uma dualidade nas demandas. Por um lado, as profissões regulamentadas do setor, com prerrogativas de autogovernar-se, disputam em torno dos 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 dessas 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 dessa 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 dessas demandas, se quisermos, para dizer o mínimo, dar a elas um tratamento justo e digno de uma sociedade democrática "inclusionista".

O presente artigo 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 dis-

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

cutimos razões, vantagens e problemas atribuídos à regulamentação das atividades profissionais, com foco na área da Saúde. À luz dessas 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 à 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 dessa regulação 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 ou 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 a 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 um modo bastante simplificado, o que existe de comum em toda e qualquer regulação é que ela representa uma “restrição intencional da livre escolha de um sujeito pro-

veniente de uma fonte externa que não as partes diretamente envolvidas” (Mitnick, 1989). Em outros 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 isso, 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 distributiva². Nesse sentido, 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, que carregam, em comum, este traço³. Varia, no entanto, o peso que atribuem cada uma delas aos *trade offs* entre eficiência e justiça.

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 para o lado das indústrias e negócios regulados – o fiel sempre representado pela noção da utilidade pública. A racionalidade da regulação, esgrimida tanto por seus defensores como detratores, é apresentada: a utilidade ou o interesse público.

Considerando a regulamentação profissional

A regulamentação das profissões é um capítulo muito especial da regulação econômica e social. Em 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. Em outras palavras, no balanço entre benefícios e desvantagens, o exercício livre dessas atividades traria mais prejuízos para a sociedade que os porventura ocasionados pela sua regulamentação. Mas essa 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, instituições de fiscalização e controle do exercício, que definem e implementam tanto as regras para entrada nessas atividades como as normas de conduta técnica e ética de seus membros. Mais que isso, essa estrutura especial de regulação pública é constituída por instituições, em larga parte, representada por organizações dos próprios pares profissionais que exercem, por delegação, autoridade de Estado (os conselhos profissionais). De fato, a autoridade delegada pelo Estado para autogoverno (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 autogoverno 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, p. 1).

Mas por que isso? 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 autogoverno? Em geral, apresentam-se três argumentos básicos:

(i) 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;

(ii) 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;

(iii) 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 as prerrogativas de auto-regulação ou autogoverno concedidas pelo Estado a muitas profissões.

As barreiras legais para entrada nos mercados de trabalho – sob a forma do credenciamento 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 mantêm os usuários de serviços 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 infor-

mação sobre a qualidade dos profissionais existentes no mercado (Freidson, 1988; Williamson, 1996). Em tese, desde essa 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 essas premissas verdadeiras, pode-se dizer que este sistema de "sinais de mercado", propiciado pelos sistemas institucionais de regulação profissional, tão será mais confiável quanto mais rigorosamente for administrado a partir regras de excelência técnica e ética que governam internamente aquele campo de trabalho⁴. Este é o outro argumento que reforça a delegação de auto-regulação a determinadas profissões, muito particularmente no campo da saúde.

Entretanto, ao lado desses 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 conferidas à profissão, do grau de privatividade ou exclusividade conferido aos atos específicos da profissão, e da capacidade de controle *ex post* das reservas legais pelas instituições de fiscalização do exercício. Ou seja, a regulação profissional cria direitos de propriedade ao restringir o acesso à prática dos atos regulados como privativos e à ostentação de títulos profissionais no mercado (Girardi, 2000). Quanto maior a extensão do escopo de práticas e 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, além 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 Saúde⁶. Em primeiro lugar, a crítica mais elementar (*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, esse argumento encontraria sua principal fraqueza numa verificação empírica muito comum pelo menos na 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, esse tipo de crítica não considera, seriamente, os benefícios gerados para os usuários em termos de segurança e bem-estar, e menos ainda na questão informacional, tal qual apresentado. Numa

4 Saltman & Busse (2002, p. 22) resumem as vantagens da auto-regulação delegada a determinadas profissões relativamente a formas de "heterorregulação": 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 adotados com aqueles vistos como razoáveis pelos profissionais que estão na prática; maior abrangência das regras; maior potencialidade e aceitação de ajustes; mais 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 autodefesa corporativa. Daí outra importante limitação: a baixa confiança do público.

5 Agradeço a Antônio Anastasia, 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).

autogoverno 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, essas instituições, muitas vezes, na vigência de conflitos de interesses, costumam agir de forma “auto-interessada”, protegendo seus pares. Daí a pequena confiança que elas inspiram ao público. Pode-se dizer que essa ambigüidade na interpretação de seu papel leva muitas vezes a que dirigentes bem intencionados dessas instituições pleiteiem estratégias como a fusão com as organizações sindicais e associações profissionais, com o intuito de fortalecer a profissão. Essa mesma ambigüidade de papéis dificulta que instituições adotem, de forma espontânea, estratégias de ação coletiva visando à cooperação interprofissional, o trabalho multidisciplinar e o mútuo reconhecimento de competências. Daí, também, a necessidade de instâncias “supraprofissionais”, com autoridade de governo para coordenar as políticas de Estado para as profissões. Mas, ironicamente, na raiz das resistências à implementação dessas políticas, encontra-se essa dificuldade das instituições de autogoverno profissionais se interpretarem como agentes do Estado.

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

Em resposta a problemas como estes, países como o Canadá e os Estados Unidos 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:

(i) Os modelos de autogoverno são os que servem melhor para a proteção e o bem-estar públicos?

(ii) Qual a extensão e níveis de exclusividade devem ser conferidos às reservas de mercado e monopólios profissionais?

Resultados de diversas investigações conduzidas no Canadá – país que tomou a dianteira nestas reformas – entre o final da década de 60 e início da 70, reconheceram as vantagens (e mesmo uma certa inevitabilidade) da auto-regulação profissional, porém 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. O 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 Saúde¹⁰.

⁹ Um dos relatórios pioneiros sobre o tema, reporta resultados de diversas investigações conduzidas no Canadá entre o final da década de 60 e início da 70, foi o *Relatório Mc Ruer*, Toronto, 1968-1971.

¹⁰ O argumento fundamenta-se 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, DC 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, em que as iniciativas são governamentais, no caso americano, a comissão é constituída no âmbito da sociedade civil.

De modo geral, esses movimentos de reforma da regulamentação das profissões de saúde não foram puxados nem de forma isolada, nem por iniciativas das próprias profissões. 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, no Canadá, dos movimentos de reformas administrativas e dos sistemas de seguridade social nos anos 70 e 80, 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 pelas tentativas de reforma do sistema de atenção à saúde¹¹.

No caso canadense, as iniciativas partiram do governo das províncias e resultaram efetivamente em profundas mudanças na legislação e estruturas de regulação profissional em Ontário, Alberta, British Colúmbia 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 da sociedade civil (a Comissão de Profissões de Saúde da Fundação Pew), sendo as recomendações 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, essas 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 essas 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. Isso 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 desses processos: um movimento de redução até a eliminação de monopólios profissionais desnecessários sobre determinados tipos de atividades e a regulamentação de atividades potencialmente danosas à população, até então desreguladas, inclusive pelo veto das profissões dominantes.

Esses 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 o objetivo do artigo, merece consideração o terceiro ponto, em que se comenta apenas 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 desse procedimento é o de propiciar igualdade

¹¹ Cf. Girardi (1999).

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 desse 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 autogoverno das profissões no interior de um *mix* regulatório que opera constantemente balanços entre interesses conflitantes dos diversos atores que atuam nesse 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 detalhada noção de atos controlados, autorizados ou reservados – usados mais ou menos indistintamente¹²; 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 possuía 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 esses 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

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

nenhuma outra. Escopos de prática sobrepostos (*overlapping scopes of practice*) não são apenas reconhecidos, mas também 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 ilegal¹³.

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

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

Na legislação de Ontário (que vigora desde 1994), estabeleceram-se 13 atos controlados (por exemplo: comunicação de diagnósticos, execução de procedimento invasivo sob a pele, 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 correccionais, administração de formas de energia, administração de trabalho de parto, dentre outras). Cada profissão na 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 profissão¹⁴.

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 dessas medidas de proteção do público, as noções de atos delegados e atos supervisionados complementam o quadro dessas 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 inovadores em determinadas áreas assistenciais (a exemplo da área de Saúde Mental), justificam a delegação de atos profissionais autorizados para 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 as delegou. O ato supervisionado, por seu turno, implica num controle mais intenso, podendo exigir a presença física do supervisor. Os atos delegados sob supervisão são acompanhados de instruções escritas sobre o modo de prática do ato seja sob protocolo geral seja por meio de instruções específicas sobre casos. Em geral, os processos de delegação envolvem de forma proativa a participação dos conselhos profissionais que regulam a profissão que delega o ato, sob circunstâncias

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. Essa crítica pode ser deduzida da entrevista com representantes do Conselho de Medicina de Ontário (Girardi, 1999).

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

especiais, inclusive na elaboração dos protocolos de prática. Nesse sentido, a Lei de Profissões de Saúde, recentemente sancionada na província de Québec, estabelece de forma explícita as 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 sobre o 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 primeiro projeto 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 Preventiva¹⁵, estabelece-se basicamente que os atos

de prevenção secundária e os demais implicam em procedimentos diagnósticos de enfermidades, e os de indicação terapêutica 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 bucomaxilares e psicoterapia), os fazem de forma compartilhada. Além disso, expande-se o campo dos atos privativos da profissão médica às 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 dessa profissão, 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, dentre 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.

15 A prevenção primária inclui atividades tomadas para reduzir o risco de ocorrência de enfermidades, a exemplo da imunização, desenvolvimento de atividades físicas e antiobesidade preventivas de doença cardiovasculares, campanhas antitabaco, 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 à limitação dos danos produzidos por uma doença ou deficiência instalada e à promoção de reabilitação de doenças crônicas.

Não é o propósito desse artigo adentrar os méritos intrínsecos de cada um desses projetos. É certo que ambos representam formas legítimas de enfrentamento de dificuldades dessas 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 contramão 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, empurra 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, é também o das novas práticas de saúde mental e da prevenção de epidemias como a da aids, entre outros. Por outro lado, é bastante razoável supor que em localidades desprovidas 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 e 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.

Com efeito, um conjunto de ações governamentais está interferindo no escopo das atividades profissionais por meio do reordenamento do processo de trabalho, como aqueles desenvolvidos pelas equipes de saúde da família, ao induzir o desenvolvimento de novas competências, voltadas ao planejamento, ao desenvolvimento de ações inter-setoriais, à atenção humanizada e ao compartilhamento destas atividades no trabalho em equipe, gerando também áreas cinzentas de atuação e novas possibilidades de recombinação destes trabalhos. Esse mesmo processo se reproduz em atividades de atendimento à aids, em Saúde Mental etc. O desenvolvimento de protocolos de prática também interfere nos escopos e nos limites de atuação, assim como as portarias que regulamentam o funcionamento dos serviços de saúde e definem os profissionais habilitados para neles trabalharem. Por outro lado, a incorporação das metodologias de identificação e construção de competências dirigidas a processos educativos, aplicada em profundidade pelo PROFAE, permite criar um importante instrumento de mediação dos conflitos profissionais.

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

Por outro lado, do ponto de vista procedimental, também estamos na contramão. 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 isso em detrimento da população e mesmo das profissões. Na verdade, um processo de reforma desse tipo em nosso País, apropriado à realidade do século que se inicia, além de envolver uma profunda revisão da legislação e das demandas de regulamentação profissional, dos escopos de prática de cada categoria 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 esse 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 se pautar 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, contudo 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 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. *The Regulation of Professions in Canadá*. Toronto: Carswel, 2001.

EVANS, R. G. Professions and the production function: can competitive police improve efficiency in the licensed professions. In: ROTTENBERG, S. (Ed.). *Occupational Licensure and Regulation*. American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1980.

FISHKIN, J. *Tyranny and Legitimacy: A Critique of Political Theories*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

FREIDSON, E. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

GIRARDI, S. N. et al. *Sinais de Mercado e Regulação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil dos anos 90*. Brasília: CGDRH; Ministério da Saúde, 1995.

GIRARDI, S. N. *A regulação institucional da força de trabalho em saúde nos Estados Unidos e Canadá: políticas de transição*. Relatório de Pesquisa. Washington, DC: Panamerican Health Organization/WHO, 1999.

_____. "Los dilemas de la Reforma de la Regulación del Trabajo y de las Profesiones de Salud en la Reforma del Estado", *Cuadernos Médico Sociales*, n. 77, abr. 2000, p. 45-58.

HABERMAS, J. *The Theory of Communicative Action: Lifeworld and System: a critique of functionalist reason*, Boston: Beacon Press, 1987.

HESS, D. *Medicina integrada e questões de universalismo*. In: GOES, L. G. et al. (Orgs.). *O Brasil não é para principiantes; carnavais, malandros e heróis, 20 anos depois*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIRANDA SÁ JR, L. S. *Exposição de Motivos, Anexo à Resolução CFM N.º 1.627/2001*, 2001.

MITNICK, Barry M. (1989). *La Economía Política de la Regulación*. México: Fondo de Cultura Económica. 505 p.

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. *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>>, 1995.

SALTMAN, R. B.; BUSSE, R. *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice in Regulating Entrepreneurial Behaviour*. In: SALTMAN, R. B.; MOSSIALOS, E. E.; BUSSE, R. (Eds.). *European Health Care Systems*. [s. l.]: Open University Press, 2002.

SAMUELSON, P.; NORDHAUS, W. *Economics*. New York: McGraw-Hill, 1992.

VIANNA, L. W. et al. *A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

WILLIAMSON, Oliver. *The Mechanisms of Governance*. New York: Oxford University Press, 1996.