Projeto: "Mapeamento do processo de regulação do trabalho e da educação das profissões de saúde nível superior no âmbito do MERCOSUL"

Equipe: Maria Helena Machado, Wilson Aguiar Filho, Aida El-Khoury de Paula

O projeto objetiva conhecer o processo regulatório das profissões de saúde, nos vários aspectos, a saber: regulação da formação (graduação e pós-graduação); regulação do trabalho, ou seja, do mercado de trabalho e, regulação do exercício profissional.

Procurou-se analisar o estado e as tendências da regulamentação legal do exercício das ocupações e profissões na área da saúde no Brasil. Identificamos os principais "atores" e instâncias envolvidos no processo e as principais demandas de regulamentação do exercício profissional realizadas por ocupações e profissões da saúde no âmbito do Legislativo ao longo das últimas três décadas.

1. Características Gerais da Regulação Profissional da Medicina em alguns Países da América Latina[1]

COMENTÁRIOS SOBRE PROFISSIONALIZAÇÃO

Um fenômeno que tem se apresentado de forma crescente refere-se a um grande número de processos legais pelas mais diversas ocupações, solicitando seu reconhecimento como profissão. Esse fenômeno não se restringe à realidade brasileira, apresenta-se de maneira universal, num movimento de profissionalização das ocupações.

Tal demanda reflete a "necessidade social" de que os serviços que uma determinada ocupação ofereça à sociedade produtos diferenciados especializados e de boa qualidade. Esses profissionais necessitam passar por um treinamento específico, serem constantemente avaliados por pares e terem normas e regras que os orientem profissionalmente. Além disso, a atividade profissional necessita de regulamentação do Estado para garantir o monopólio da atividade e exclusividade do mercado de trabalho (Moore, 1970; Wilensky, 1970).

Machado (1996) define profissão sendo a conjunção de vários elementos que conformam uma atividade, quais sejam: autonomia, adesão a um ideal de

[1] Texto elaborado a partir dos originais do Relatório Final da pesquisa: Reforma de Estado e regulação profissional da medicina na América Latina, feito por: Gustavo Nigenda, Maria Helena Machado, Maria Consuelo Castrillón, Juan Arroyo, México, 1998.

serviço, forte identidade moral e profissional, traduzida num código de ética, além da demarcação clara do território profissional através do mercado de trabalho.

Para Machado, as profissões fundamentaram sua argumentação no princípio da racionalidade, demonstrando a incorporação do *"ethos"* científico e a autoridade racional da *"expertise"* técnica. O prestígio social e a autoridade cultural da medicina vieram na medida em que os valores da racionalidade da ciência ganharam posição destacada na estrutura ideológica das diferentes sociedades. Com sua complexa base de conhecimento e o aparato das técnicas curativas, a medicina adquiriu uma reconhecida proeminência que vai além do prestígio - a autoridade da *"expertise"* (Freidson, 1978).

Afirma Starr (1991:29), "em sua função de autoridade cultural, os médicos emitem juizos autorizados sobre o que constitui enfermidade (...) avaliam a atitude das pessoas para desempenhar determinados trabalhos, determinam a incapacidade dos feridos, certificam mortes e, inclusive valoram depois da morte se a pessoa teve o não capacidade no momento de fazer o testamento. Estes juízos profissionais têm conseqüências em tribunais, mediante patrões e mediante autoridades sociais em geral".

O domínio e o monopólio do saber constituem o fundamento da autonomia das profissões e do seu prestígio social. As profissões de modo geral apelam, também, para o ideal de serviço na busca de crédito social e autonomia, que significa dizer que o interesse do paciente deve prevalecer sobre os interessesdos profissionais. Para Larson (1977), ideal de serviço e o código de ética, versões diferentes da mesma idéia de obrigação moral com a sociedade, são a principal resposta ideológica das profissões para a contradição entre conhecimento socialmente produzido, por um lado e sua apropriação privada, sob a forma de *"expertise"*, do outro. Ambos são, a justificativa e a garantia de que este conhecimento será devolvido à sociedade sob forma de serviços qualificados; que no entanto, apresentam-se como elementos pré-capitalistas ou de anti-mercado, o que lhes confere uma conotação ideológica. São elementos que foram incorporados à organização das profissões por serem elementos que sustentam tanto o crédito social quanto a crença pública no caráter ético das profissões (Machado, 1996).

Mas como as profissões se constituem em atividades profissionais formalmente reconhecidas?

Wilensky responde dizendo que as profissões para se constituírem-se como tais precisam passar pelo processo de profissionalização que, segundo o autor refere-se a cinco passos a serem seguidos:

Primeiro, o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral.

Segundo, criam-se escolas profissionalizantes, onde profissionais iguais (pares) assumem a função de criar formatos e processos educacionais que possibilitem a produção de novas gerações de semelhantes para o mercado de trabalho;

Terceiro, torna-se crucial que estes profissionais se reunam em associação permitindo a geração de idéias corporativas, fundamentais para a elaboração de um projeto profissional;

Quarto, a profissão busca se regulamentar perante a Lei. Nada que não seja do estrito conhecimento e aquiescência dos dirigentes sindicais deverá ser considerado, perante a lei, como desejável e correto para a corporação, criando assim a jurisdição profissional. Com isso, fica assegurado o combate ao charlatanismo.

Quinto, adota-se um código de etiqueta profissional, ou seja, elabora-se o código de ética profissional, controlando assim, os indesejáveis, os inescrupulosos, os que agem fora do parâmetro de "`normalidade" estabelecido pela corporação.

Assim, as profissões chegam ao mercado de serviços: regulamentada, amparada por um forte esquema legal de proteção jurisdicional e reivindicando território, monopólio e acima de tudo, regalias exclusivas de mercado, constituindo-se naquilo que denominamos de políticas de anti-mercado.

A CONSTITUIÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

Os mercados profissionais existentes atualmente no mundo emergiram ao meio das transformações advindas da Revolução Industrial e da consolidação do sistema capitalista. Tais fatos permitiram o surgimento de práticas e novas

funções sociais tornando-se crescente a necessidade de profissionalismo em toda a sociedade industrializada (Larson, 1977).

A institucionalização desse mercado impôs a definição e a adoção de novas estratégias políticas, tais como, a necessidade de geração de *"experts"* - o que seria feito através de um treinamento específico; a necessidade de se ofertar profissionais e serviços padronizados que diferenciassem sua identidade e permitissem sua conexão com os consumidores, e, finalmente, a determinação por parte do Estado na condução e desenvolvimento deste processo. Para isso era fundamental que o Estado assumisse uma ação direta e positiva em relação à obrigatoriedade da educação formal e garantisse os monopólios de competência, já que ambos apresentavam-se como variáveis cruciais no desenvolvimento do projeto profissional. Configurava-se uma situação onde "os grupos profissionais estavam compelidos a solicitar projeção estatal e penalidades estatais contra competidores não licenciados" (Larson, 1977).

A constituição do mercado de trabalho é uma das bases do projeto profissional da medicina. Para isso ela constituiu ao longo dos tempos um mercado de serviço complexo, exclusivo, com forte credibilidade social. O mercado de serviços de saúde, especialmente o mercado de trabalho médico, encontra-se em consonância com esta perspectiva de profissionalismo, apresentando uma oferta de serviços altamente especializados (Machado, 1996). Ressalta-se no entanto, que historicamente, a forma como se deu a constituição dos mercados variou de sociedade para sociedade guardando características singulares à cada estrutura social. Na Inglaterra, por exemplo, o monopólio do título profissional de médico era exclusivo dos físicos, tendo os cirurgiões e os apotecários *status* subordinado na hierarquia médica. Este monopólio dos físicos baseava-se em critérios tradicionais tais como: origem social, educação clássica e vínculos sociais com clientela aristocrática. Esta situação foi modificada quando, em 1858, promulga-se o Medical Act, que unificou a profissão médica naquele país (Coelho, 1995:38-43).

Já os Estados Unidos, a prática da medicina apresentava-se com características peculiares. Lá, não haviam monopólios e privilégios aristocráticos a serem eliminados, mas uma relutância dos estados em legislar sobre o exercício da medicina numa clara resistência a qualquer tipo de monopólio médico. Para as lideranças da chamada medicina "regular"

restavam unificar forças políticas no combate às várias seitas curativas existentes. Uma mudança importante acontece a partir de 1870, período em que crescia o poder das grandes corporações nacionais, ao mesmo tempo em que observava-se o agravamento de vários problemas sociais, decorrentes da política do *laissez-faire*. Buscou-se ordenar o mercado através da ação do Estado. Neste contexto, foram criadas, nos estados, leis que regulavam o exercício da medicina, mas sem ainda conceder a nenhum grupo profissional o monopólio exclusivo. As "seitas" curativas exixtentes, embora com várias restrições à sua prática, encontravam amparo legal em vários estados americanos (Coelho, 1995:43-47). Contudo, a partir desse momento, a medicina "regular" passa a obter uma clara vantagem de mercado. Observa-se que nesse período coexistia uma série de concepções de práticas médicas, sendo a medicina "regular" ainda incapaz de demonstrar sua superioridade técnica sobre as demais, ou seja, a medicina encontrava-se em sua fase pré-paradigmática.

A mudança desse quadro aconteceria mediante ação política do Estado americano, conferindo o monopólio ou quase-monopólio de mercado àquele grupo profissional capaz de captar a confiança e a credibilidade sociais. Estes se faziam representar por uma clara demonstração da superioridade técnica de suas práticas terapêuticas e, consequentemente, pela necessidade de padronizar a formação desse profissional, adequando-se à uma nova base de conhecimento científico objetivando obter a unificação da base da cognitiva que possibilitasse o controle, monopólio e autonomia de mercado. Tal feito foi possível na Inglaterra, após a reforma das universidades tradicionais; na França, com a Reforma Debret; e nos EUA, com a criação da Medical Shcool da Johns Hopkins em 1893 e, posteriormente, com a publicação do Relatório Flexner em 1910, que consolidou a medicina científica como modelo paradigmático[2].

A importância desse Relatório centrava-se na determinação de uma nova medicina e uma nova prática médica e teve como uma conseqüência imediata o fechamento de um grande número de escolas médicas, diminuindo o número

[2] O surgimento da Medicina Científica traz em sua concepção elementos estruturais quais sejam: biologismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa e, por último, a concentração de recursos.

de vagas e limitando o acesso, levando à uma mudança na composição dos quadros sócio-demográficos da profissão (Starr, 1991).

Como afirma Machado (1996), instituiu-se, assim, em princípios do século XX, a Medicina Científica, sem concorrentes, com forte controle do mercado, do sistema de produção e da transmissão de sua base cognitiva.

Da mesma forma, no Brasil durante um certo período, impunha-se a distinção entre o físicos e cirurgiões, sendo que os primeiros gozavam de um maior prestígio social. Os primeiros praticantes da medicina no Brasil (boticários, cirurgiões ou físicos) não eram oriundos de famílias abastadas, mas sim de camadas sociais desprestigiadas. O domínio de alguma técnica era suficiente para um indivíduo instalar-se como profissional.

Pode-se observar no Brasil, comparativamente aos outros países, uma certa anarquia da prática profissional e, consequentemente do mercado de trabalho, semelhante à dos demais países. “Sendo poucos os profissionais e muito vasta a extensão territorial, juntamente com esses praticavam a medicina ainda os boticários e seus aprendizes, os aprendizes de barbeiros, os ‘anatômicos’, os ‘algebristas’ os ‘curandeiros’, os entendidos, ‘curiosos’ e outros que tais” (Santos Filho, (1991:53-64, vol.1).

Afirma Machado (1996:128-129): “Todos aqueles que dominavam alguma técnica podiam instalar-se como profissional. Tornar-se ‘médico’ no Brasil-colônia era muito mais uma questão de vontade e habilidade pessoais do que de capacitação por destreza e conhecimento técnico”. Um estudo realizado por Araújo (1982) sobre a história da medicina brasileira, verificou-se que ‘médicos’ e ‘cirurgiões’ se “instalavam, comumente, nos sobrados desses estabelecimentos comerciais e, não raro, tinham um ou mais auxiliares, via de regra seus escravos, não só para aplicar ventosas, cataplasmas, lavagens e clisteres, como fazer sangrias, curativos e aparelhos. Sabe-se que, vários desses escravos-enfermeiros, amealhando economias e propinas, compraram a liberdade e conseguiram Cartas de Cirurgião-Barbeiro que lhes garantiram o direito de fazer concorrência ao antigo senhor” (pag:15).

CONTEXTUALIZAÇÃO DA REFORMA DE ESTADO E REGULAÇÃO PROFISSIONAL

Nos anos recentes em quase todos os países desenvolvidos ou em desenvolvimento do ocidente tem ocorrido processos de ajustes nos mecanismos ligados a produção de serviços de saúde, comumente denominado de reforma do sistema de saúde. Tais processos no entanto, têm tomado distintos rumos e resultados de acordo com o país que analisamos. Contudo, um dos pontos congruentes nesses projetos de reforma é a necessidade de redefinição do papel dos profissionais de saúde sob uma lógica onde as forças do mercado passará a ter papel predominante.

Na América Latina o processo da Reforma do Estado em geral tem-se caracterizado por um processo de "esvaziamento" da participação do Estado como financiador e comprador a partir do início dos anos 80. A crise da dívida externa forçou este "esvaziamento" especialmente pela pressão das agências financeiras internacionais para impulsionar o intercâmbio de bens e serviços sobre as regras do mercado.

Embora os processos de reforma do sistema de saúde têm levado o Estado a reduzir sua participação e papel na provisão de serviços de bem estar social, no entanto, em virtude ser ele o que controla a esfera jurídica das relações sociais e o único habilitado a desenvolver a regulação dos agentes que participam na produção de serviços de saúde, incluindo os grupos profissionais, sua participação continua sendo reclamada como de fundamental importância. Assim, historicamente o Estado e a profissão médica têm negociado os termos desta regulação. Na produção de serviços de saúde a redefinição da participação do Estado, como já falamos, traduziu-se numa tendência ao controle dos custos, na eficiência no uso dos recursos, na descentralização na tomada de decisões, e finalmente na expansão do setor privado. Antes destas transformações, a profissão médica, em virtude do papel privilegiado que possui na produção de serviços de saúde, buscou redefinir as estratégias que assegurariam sua participação diante destas transformações geradas, ou seja, estabeleceu mecanismos de regulação para o exercício da prática profissional .

Obedecendo a especificidade de seu desenvolvimento econômico, político e social, cada país da América Latina seguiu caminhos particulares. O que significa dizer que, os resultados da estratégia geral da Reforma do Estado e a redefinição de seu papel na provisão de serviços de saúde, bem como a

própria noção de regulação profissional têm negociados de forma distinta nestes países.

Mas como se dá o processo regulatório da profissões?

Moran & Wood (1993) definem o modelo de regulação como mecanismo utilizado para guiar a incorporação dos médicos graduados no mercado de serviços de saúde a fim de que ponham em prática seus conhecimentos de acordo com a definição de certos padrões técnicos e administrativos. Estes autores consideram que o modelo de regulação é composto dos seguintes elementos: a) os mecanismos de entrada no mercado, incluindo licenciamento e certificação; b) o controle da competição profissional; c) a estrutura do mercado de trabalho e; d) o mecanismo de pagamento.

a) **Controle do mercado**. Este aspecto assinala a forma na qual se regula a entrada no mercado dos indivíduos habilitados para exercer a profissão médica. Devido a alta complexidade que corresponde ao trabalho de um médico, os mecanismos de entrada no mercado acabam sendo sofisticados no que se refere a definição de quem e sobre quais circunstâncias é exercido a medicina. As estratégias mais comuns para controlar a entrada no mercado é o estabelecimento de mecanismos de licenciamento no qual o Estado outorga a autorização legal, depois de cumprir com certos requisitos tais como escolaridade, a filiação a associações profissionais e outros, a todos aqueles aspirantes à ingressar no mercado de trabalho.

b) **Regulação de práticas de competição.** Estes aspectos da regulação podem estar relacionados à competição que outros grupos profissionais estabelecem com os médicos. O fato de que os médicos podem ter um virtual monopólio do conhecimento que é aplicado na produção de serviços de saúde, o acesso deste conhecimento a outros grupos pode ser regulado tanto a nível educativo como na produção dos serviços de saúde. Assim, existem mecanismos legais ou ideológicos para regular a competição de outros modelos da prática médica como por exemplo, a homeopatia e a herbolária. A competição, entretanto, também pode ser regulada entre os próprios membros da profissão: por exemplo, em alguns países existem regulamentações sobre a

proibição ou permissidade no uso de propaganda para a promoção dos serviços que outorgam aos praticantes.

c) **Estrutura do mercado de trabalho**. Existem distintas formas na qual os médicos integram ao mercado de trabalho para produzir serviços. Em países onde o setor público é dominante, os médicos podem ser, em grande número, assalariados. Entretanto, sempre existe um setor do mercado onde os médicos produzem serviços de maneira privada e até recentemente era comum que o fizessem sem estar vinculados com alguma instituição. Dentro do setor privado existem acordos comerciais entre os médicos visando reduzir seus custos de operação. Em muitos casos, os médicos acabam associando a prática assalariada pública e privada, bem como a liberal. Em cada país, o volume de médicos assalariados, liberais e daqueles que combinam ambas as práticas tem variado muito. Da mesma forma, varia o volume daqueles médicos que não produzem serviços, seja porque desenvolvem outro tipo de atividades, ou porque não encontram a forma de vincular-se a produção de serviços. Dentro da estrutura do mercado se considera também os padrões de distribuição geográficas dos médicos, os quais podem estar determinados por uma legislação específica ou por mecanismos definidos pelo Estado para incentivar certo tipo de distribuição. As características do processo de trabalho formam parte também da estrutura de mercado. Nos anos recentes as instituições têm posto em prática diversos mecanismos, buscando que a produção de serviços tenha seus custos reduzidos, e incremente seus níveis de eficiência e qualidade o qual afeta a capacidade que estas instituições têm para empregar médicos.

d) **Mecanismo de pagamento**. Em boa parte e, tradicionalmente, a forma mais comum dos médicos obterem sua renda é por meio do pagamento direto dos serviços prestados. Entretanto, cresce no mundo inteiro o assalariamento, como forma moderna de inserção dos médicos no mercado de trabalho. Por outro lado, em alguns países, a profissão tem demonstrado capacidade de fazer valer suas preferências sobre a forma com que devem perceber sua remuneração pelos serviços prestados. Em outros casos, o Estado ou as instituições têm dominado este aspecto e seus resultados. Nos anos recentes,

as estratégias para incentivar a produtividade e a qualidade através de mecanismos de pagamento expandiram, não sem disputas entre os médicos e as instituições, sobre a melhor forma de obter este objetivo.

O conjunto destes quatro aspectos constitui o modelo de regulação. Para Moran & Wood (1993:21-23) existem três modelos regulatórios principais. O primeiro refere-se a **auto-regulacão**, ou seja, os próprios profissionais definem os mecanismos de entrada no mercado e de competência profissional. O segundo denomina-se **regulação com sanção estatal**, caracterizado por aquelas entidades instituições encarregadas de formular e implementar os mecanismos de regulação, com consentimento e apoio do Estado. Finalmente, a **regulação direta do Estado**, exercida por instituições públicas especializadas nesta função.

Com o desenvolvimento capitalista, em quase todos países ocorrem mudanças radicais na forma e volume da assistência médica, ampliando muito a oferta e demanda por assistência. A participação de novos agenciadores (Abel-Smith (1986), Starr (1991), etc.) levou a uma aumento da complexidade das relações entre os agentes envolvidos a fim de negociar as condições de participação de cada um nesta nova estrutura.

Um desses agenciadores, que redefiniu fortemente seu papel na produção de serviços, foi o Estado que, além de tornar-se importante financiador, expandiu também sua participação tanto na esfera administrativa, no papel de regulador das relações de mercado, como produtor direto de assistência à saúde. Ainda que, a esfera de influência estatal como financiador e produtor de serviços tenha sido ampliada a partir da década de 1940 em praticamente em todos os países da América Latina, o investimento privado se firmou passando a ser o segundo maior agente do setor saúde.

Paralelamente e por conseqüência, a partir de então a profissão médica começa a assumir destacado papel político nas decisões governamentais quanto aos recursos destinados à saúde e sua alocação. Cresce então a influência política da corporação médica na tomada das decisões de políticas de saúde.

Os médicos desenvolveram rapidamente essa capacidade de ocupar um papel de definidor das estratégias de distribuição dos recursos disponíveis e na tomada de decisões técnicas dentro de um processo de especialização e

divisão do trabalho em saúde como um todo. Isso foi possível em função de características próprias da formação técnica e do processo de trabalho inerente à profissão médica Freidson (1978). Também pelo fato da medicina ter como estratégia a rápida absorção de tecnologia e incessante produção de novos conhecimentos, novas técnicas, habilidades, fazendo-a uma atividade humana com enorme capacidade de "resolver problemas de saúde". O status e o prestígio social alcançados pela medicina levou aos médicos à determinar os padrões de sua prática assim como obter autonomia técnica em relação a outros grupos profissionais, como também, permitiu à eles obterem autonomia econômica. Neste sentido, o Estado tem sido um ator importante nesse procedimento de reconhecimento público da importância crescente dos médicos no sistema de saúde, seja tutelando, controlando, regulando, delegando as ações médicas, permitindo à profissão o ganho de inúmeras prerrogativas: monopólio do conhecimento médico, da prática profissional, da exclusividade de mercado, entre outras.

No entanto, sabemos que o resultado destes processos negociais têm sido distintos em cada país especialmente no que refere-se aos mecanismos regulatórios propriamente ditos. De um lado, encontram-se aqueles países em que o Estado mantém o controle, através de suas agências, sobre as modalidades da produção dos médicos, sua entrada no mercado, sua atuação nas instituições de saúde, distribuição, a forma como estes profissionais são remunerados e outras características. Por outro lado, há aqueles países nos quais a profissão é dotada de grande autonomia de mercado, sem a intervenção estatal.

Outros agentes, privados quase todos, que intervém na definição dos serviços também têm tido influência no desenvolvimento das distintas formas de regulação profissional (Harrison & Pollitt, 1994). Por exemplo, naqueles sistemas de saúde onde a participação do Estado não é tão ampla, os financiadores e produtores privados de serviços, têm mostrado especial habilidade em definir os mecanismos de regulação dos grupos profissionais. O exemplo mais contundente desta habilidade é a medicina de grupo que não só define quantidade de serviços que cada médico poderá e deverá requisitar por paciente, mas também passa a definir padrões de consulta, internamento, alta e até procedimentos terapêuticos, enfim, o controle deste novo segmento de

financiador privado é grande e tende a se ampliar. A reforma dos sistemas de saúde produzida em diversos países (México, Argentina, Peru e o próprio Brasil), tem implicado, por um lado, na clara diminuição da participação do Estado como financiador e produtor e por outro lado, na crescente participação que passará a ter o setor privado, que certamente responderá por substantiva parcela do mercado e consequentemente, interferirá cada vez mais na regulação da produção de serviços médicos.

Por outro lado, os elementos comuns à esses países que mais destacam-se na profissão médica têm sido: a) um aumento no número de escolas médicas; b) um incremento exponencial na produção de novos médicos na década de 1980; c) diminuição da qualidade da formação profissional em muitas delas; d) a feminilização; e) a redução de oportunidade (demanda) no mercado de trabalho, entre outros. Estes são, certamente questões de extrema importância e que têm afetado diretamente a nova conformação da profissão médica na prestação se serviços de saúde, seja na esfera pública ou privada.

A reforma do sistema de saúde tem se caracterizado (entre 1988 e 1994), pela crise dos serviços públicos, a transformação no financiamento da rede hospitalar estatal e o surgimento novas formas de relação de trabalho, introduzindo a modalidade de pagamento por produção de serviços. Os avanços na reforma apontam para expansão do financiamento privado, diminuição dos investimentos públicos na saúde, proliferação de novas formas de prestação de serviços, especialmente a tercerização e a formação de cooperativas aos moldes do Brasil.

A REFORMA DO ESTADO E SITUAÇÃO DA REGULAÇÃO DOS MÉDICOS EM ALGUNS PAÍSES

O Brasil, segundo dados do IBGE (1992) e do próprio Conselho Federal de Medicina, contava em 1992 com mais de 200 mil médicos, mais de 100 mil odontólogos e quase 60 mil enfermeiros, formando assim o maior contingente de profissionais dos sete países envolvidos na pesquisa. Dos países aqui mencionados o Brasil é sem dúvida o que possui o maior contingente de profissionais de saúde e em especial, de médicos. O *boom* ocorrido entre as décadas de 1960 e 1980 é notável. Se em 1960 o país contava com 30 escolas médicas, em 1975 duplicava sua capacidade formadora, passando para 75 e 78 escolas em 1988, atingindo 80 escolas na década de 1990. Afirma Machado (1996:128): “na década de 1980, o Brasil passava a contar com sessenta e seis escolas médicas, nas quais formavam em torno de sete mil e quinhentos a oito mil novos médicos. ... No período de 1955 a 1990, o Brasil graduou 156.212 profissionais, o que eqüivale a mais de 2/3 de todo o contingente médico existente hoje no mercado de trabalho”.

A necessidade de construir um novo modelo assistencial tem levado que o Brasil busque a estruturação de um sistema de saúde contemplando a integralidade, universalidade, hierarquização e a capacidade resolutiva nas ações de saúde. Denominado de Reforma Sanitária esse processo de transformação democrática do sistema nacional de saúde estabeleceu em primeiro plano - político-jurídico - as leis e regulamentações em que se basearia o funcionamento de todo o sistema. Instituiu-se a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e ordenou o repasse dos recursos financeiros às instituições privadas prestadoras de serviços de saúde. Num segundo plano - o político-administrativo - efetuou-se a reorganização institucional, ou seja, buscou-se fazer a descentralização da assistência, transferindo-se para os municípios o poder de decisão e de controle sobre a produção e alocação tanto dos recursos financeiros como humanos. À isso denominou-se municipalização. Num terceiro plano da implantação da reforma - o político-operacional - buscou-se concentrar esforços para reorganizar os serviços ao nível local através dos distritos sanitários assegurando assim o cumprimento dos princípios de regionalização, hierarquização e participação da

população. No entanto, podemos dizer que o Brasil é um país com uma atipia no que respeita a estruturação da assistência à saúde, ou seja, a presença do Estado na prestação e financiamento direto e indireto de serviços médicos é muito elevada, fazendo com que o mercado de serviços de saúde esteja hoje dividido em dois grandes setores: o público, com uma excepcional rede ambulatorial e de hospitais gerais de grande porte e privado com uma enorme rede hospitalar (quase 80% de todos os leitos existentes no sistema de saúde são privados) constituída de instituições especializadas de médio e pequeno porte. Agrega-se ainda um mercado de serviços médicos particulares, oferecidos por mais de 70% dos médicos do país, em seus consultórios, através, em sua maioria, de convênios e seguros saúde.

MUDANÇAS A PARTIR DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE

CONDIÇÕES DE TRABALHO

Nestas últimas duas décadas, os médicos no Brasil têm experimentado mudanças importantes nas condições de trabalho. Assalariamento, baixos salários, multiemprego, consultas pagas por seguro-saúde são alguns dos exemplos destas mudanças.

A reforma do sistema de saúde ocorrida neste período reforçou e acelerou este processo, alterando assim, as condições de trabalho destes médicos. O sistema de saúde brasileiro foi reestruturado considerando duas novas cruciais estruturas. A primeira, refere-se ao trabalho médico assalariado, seja ele na esfera pública ou privada, ou seja, os sistema de saúde prevê o assalariamento do trabalho médico, sustentando assim o atendimento a assistência e a produção de serviços de saúde. A Segunda mudança estrutural refere-se a “desmopolização” do trabalho médico, reforçando assim o trabalho em equipe. Em boa parte da assistência médica no Brasil, prevê o trabalho mulltiprofissional. O recente Programa de Médico de Família reflete esta orientação político-institucional do novo sistema de saúde.

MECANISMOS DE PAGAMENTO

A incorporação definitiva do trabalho assalariado no sistema de saúde, prevê a vinculação do pagamento dos atos médicos à estruturas formais de assalariamento. No entanto, os valores pagos pelos procedimentos têm refletido numa evidente perda de pretiígio dos médicos neste contexto. Por outro lado, o sistema privado não tem respondido de forma diferente. Baixos salários e subordinação gerencial sãao situações experimentadas pela maioria dos médicos brasileiros.

TECNOLOGIA E PRÁTICA MÉDICA

Os avanços tecnológicos verificados nestes últimos anos tem conferido à profissão médica prestígio, status e uma enorme habilidade de demonstrar sua capacidade de desvendar e diagnosticar os males da humanidade.

No entanto, estes avanços têm efeitos negativos no sistema de saúde como um todo, tornando os produtos e serviços médicos extremamente caros e inacessíveis. A clientela tem se mostrado exigente e disposta a cobrar do sistema serviços altamente especializados. Em boa parte, os avanços tecnológicos têm levado à uma prática médica de alto custo e profundamente especializada.

O sistema de saúde brasileiro não tem respondido à estas novas exigências tanto por parte dos médicos como dos clientes. Ambos se sentem insatisfeitos com resultados destes avanços e as formas como o estaddo tem respondido à isso.

NOVAS FORMAS DE REGULAÇÃO DA ENTRADA NO MERCADO

Com as recentes e decisivas mudanças nas estruturas e funcionamento da inserção dos médicos no mercado de trabalho. A presença forte do Estado e incorporação de serviços médicos, têm levado à alterações cruciais no controle da oferta e demanda de mão-de-obra médica.

O controle burocrático gerencial implantado nas organizações de saúde (públicas ou privadas) tem sido apontado como sendo um sinal de novos tempos das formas de regulação do trabalho médico.

Outro aspecto a considerar neste processo, é a possibilidade da inclusão do exame de certificação do médico para a sua entrada no mercado de trabalho.

TABLE 2

POPULATION, NUMBER OF PHYSICIANS AND SCHOOLS OF MEDICINE PER COUNTRY

COUNTRY	POPULATION	PHYSICIANS	SCHOOLS OF MEDICINE
BRAZIL	160.000.000	205.208 (1997)	85 (1996)
COLOMBIA	33.600.000	33.055 (1997)	35 (1996)
MEXICO	95.000.00	185.000 (1996)	58(1998)
PERU	25.000.000	24.708 (1996)	22(1998)
NICARAGUA	4.700.000	3.500 (1996)	2(1997)

SOURCE: Changes in the Regulation of the Medical Profession in the Context Health Care Reform in Five Latin American Countries. Final Report. 1998.