



# CÂMARA DOS DEPUTADOS

## COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO  
ORDENAMENTO DA FORMAÇÃO DE RECURSOS  
HUMANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ÁREA DE SAÚDE  
(RH – SUS).**

**DEZEMBRO DE 2012**



**DEPUTADOS COMPONENTES DA SUBCOMISSÃO  
ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO ORDENAMENTO DA FORMAÇÃO  
DE RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA  
EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ÁREA DE SAÚDE (RH – SUS).:**

**TITULARES**

1. CÉLIA ROCHA – PTB/AL
2. DR ALUIZIO – PV/RJ
3. JOÃO ANANIAS – PCDOB/CE
4. MARCUS PESTANA – PSDB/MG
5. ROGÉRIO CARVALHO – PT/SE

**SUPLENTES**

6. CHICO D'ANGELO – PT/RJ
7. DARCÍSIO PERONDI – PMDB/RS
8. ELEUSES PAIVA – PSD/SP
9. GERALDO RESENDE – PMDB/MS
10. NILDA GONDIM – PMDB/PB

**PRESIDENTE: DEPUTADO JOÃO ANANIAS  
VICE-PRESIDENTE: DEPUTADO DR. ALUIZIO  
RELATOR: DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO**



## SUMÁRIO

1. AGRADECIMENTOS .....	4
2. GLOSSÁRIO DE SIGLAS .....	6
3. LISTA DE DOCUMENTOS RECEBIDOS .....	8
4. APRESENTAÇÃO .....	10
4. ORDENAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	17
4.1. Recursos Humanos em Saúde: Panorama Atual .....	17
4.2. Regulamentação e Regulação em Recursos Humanos para a Saúde .....	18
4.3. O Debate e as Posições dos Atores Envolvidos no Ordenamento dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil .....	24
5. ORDENAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA DE SAÚDE DO REINO DA BÉLGICA .....	35
5.1. Panorama do Sistema de Saúde Belga .....	35
5.2. O Sistema de Atenção à Saúde Belga e o Seguro Obrigatório de Saúde.....	38
5.3. Planejamento da Força de Trabalho e Distribuição Regional.....	41
5.4. O Exercício das Profissões de Saúde.....	44
5.5. Reconhecimento de médicos e dentistas na Bélgica.....	45
5.6. Outros órgãos do Sistema Belga .....	47
5.6.1. Comissão Médica Provincial .....	47
5.6.2. Câmaras Profissionais.....	47
5.6.3. Funcionamento da Comissão Provincial e Câmaras profissionais .....	48
5.7. Formação de profissionais .....	48
5.7.1. Universidade Livre de Bruxelas – Campus Erasme.....	48
5.7.2. Método e Currículo do Curso de Medicina.....	49
5.7.3. Aspectos Gerais .....	50
5.8. Acreditação de profissionais .....	51
6. ANÁLISE COMPARATIVA DOS RECURSOS HUMANOS SISTEMAS BRASILEIRO E BELGA DE SAÚDE .....	53
7. ORDENAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: O PAPEL DA SUBCOMISSÃO RH-SUS.....	55
8. PROPOSTAS .....	60
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62



## 1. AGRADECIMENTOS

O planejamento e a ordenação dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde é questão complexa e de extrema relevância. É tema crucial para os gestores da saúde, bem como determinante para os milhares de brasileiros que cuidam de vidas e de todos os demais que são cuidados. Destarte não poderia deixar de agradecer aos pares pela oportunidade de relatar este tema.

Os trabalhos de nossa Subcomissão foram ensejados pelas reflexões provenientes das atividades relacionadas à Subcomissão Especial destinada a tratar do Financiamento, Reestruturação da Organização e Funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS – nesta Comissão de Seguridade Social e Família, em 2011, e deixo meu agradecimento a todos os envolvidos desde então.

Especial papel teve o Presidente desta CSSF, Deputado Mandetta, que proveu todas as necessidades ao desenvolvimento dos trabalhos que lhe foram apresentadas no decorrer de 2012, bem como todos os funcionários da Comissão, especialmente Lin e Patrícia, Secretária designada para a Subcomissão, que desempenharam seu papel de forma profissional e exemplar. Muito obrigado.

As mesmas honras presto à Consultoria Legislativa, nesta ocasião representada pelo Consultor Hugo Fernandes, que nos atende com presteza, instrumentaliza todos os projetos que desenvolvemos, por vezes enriquecendo-os e melhorando-os.

O Deputado João Ananias, presidiu nossos trabalhos com a experiência e sabedoria que lhe é singular e própria, e a ele agradeço mais uma vez, ressaltando a honra de tê-lo enquanto par nesta Casa.

Agradeço à Assessoria Parlamentar do Ministério das Relações Exteriores, nas pessoas do Exmo. Embaixador Pedro Borio e Estimado Secretário Paulo Ming, e à Embaixada do Brasil em Bruxelas, representada



pelo Exmo. Embaixador André Amado e pelo Secretário Felipe Heimburger, que atuaram com extrema eficiência na organização de nossa Missão ao Reino da Bélgica e contribuem diariamente para o fortalecimento da imagem e posicionamento brasileiros no cenário internacional.

Por fim, agradeço aos 116.417 sergipanos que me concederam seus votos de confiança e possibilitaram que esteja aqui e realize trabalho de tamanha relevância. Eles são o motivo e o fim de todas as atividades que realizo no âmbito de meu Mandato de Deputado Federal.

**Deputado Rogério Carvalho  
Relator**



## 2. GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- ABEn: Associação Brasileira de Enfermagem;
- ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva;
- ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- CF: Constituição Federal;
- CFFA: Conselho Federal de Fonoaudiologia;
- CFM: Conselho Federal de Medicina;
- CFN: Conselho Federal de Nutricionistas;
- CFO: Conselho Federal de Odontologia;
- CIT: Comissão Intergestores Tripartite;
- CNS: Conselho Nacional de Saúde;
- COFEN: Conselho Federal de Enfermagem;
- COFITTO: Conselho Federal de Fisioterapeutas e Terapia Ocupacional;
- CONASEMS: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
- COOPAMI: Plataforma de Cooperação do Sistema Público Federal de Seguridade Social Belga;
- CRUB: Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras;
- DEGERTS-MS: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde;
- DF: Distrito Federal;
- EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;
- FENAM: Federação Nacional dos Médicos;
- FNE: Federação Nacional dos Enfermeiros;
- FNO: Federação Nacional dos Odontólogos
- FPS: Federal Public System;
- GT: Grupo de Trabalho;
- INAMI: Institute Nationale d'Assistance Maladie e Invalidité;
- INASI: Instituto Nacional de Assistência à Saúde e Invalidade;
- LOS: Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990;
- MEC: Ministério da Educação;
- NIHDI: National Institute for Health and Disability Insurance;
- OPAS: Organização Pan-americana de Saúde;
- PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica;
- SENADEn: Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem;
- ULB: Universidade Livre de Bruxelas;



- SGETS: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde;
- SIMEC: Sindicato dos Médicos do Ceará;
- SPF: Sistema Público Federal;
- SUS: Sistema Único de Saúde.



### 3. LISTA DE DOCUMENTOS RECEBIDOS

- Folheto “The NIHDI – National Institute for Health and Disability Insurance. What, why, who for?”
- Slides “The Belgian Health Insurance – Basic Principles and Characteristics”, Thomas Rousseau, NIHDI – COOPAMI.
- Slides “Accreditation of physicians and LOK-GLEM”, NIHDI – COOPAMI.
- Slides “Recognition of physicians and dentists in Belgium”, Meike Horn, FPS Health, Food Chain Safety and Environment.
- Slides “The exercise of health care professions”, Machteld Gheysen, FPS Health, Food Chain Safety and Environment.
- Slides “Workforce Planning and Regional Distribution”, Pieter Jan Miermans, Cell Health Workforce Planning, DG2 – Primary Health Care and Crises Management, FPS Health, Food Chain Safety and Environment.
- Slides “The Health Care System in Belgium: the compulsory health care insurance. A kaleidoscopic view.” Chris Segaert, NIHDI, Department of Health Care, International Relations.
- Slides “Introduction to the Belgian Health System”. Charles Denonne, FPS Health, Food Chain Safety and Environment.
- Folheto “Performance of the Belgian health system - a first step towards measuring”. August, 2010.
- Artigo “Belgium – Health System Review”, Sophie Gerkens e Sherry Mercur. Health Systems in Transition, vol. 12, nº 5, 2012. European Observatory of Health Systems and Policies.
- Folheto “Social Security - Everything you have always wanted to know”. FPS Social Security
- Carta de Belém para a Educação Permanente em Enfermagem Brasileira, da Associação Brasileira de Enfermagem. 13º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em



Enfermagem - SENADEn, 30 de agosto a 01 de setembro de 2012, em Belém, Pará,

- Cópia do Ofício 0024/ 2010-2013, de 13 de agosto de 2012, da Federação Nacional dos Odontólogos para o Ministério da Saúde, e anexo.
- Relatório da Oficina de Regulação do Trabalho em Saúde, 19 e 20 de junho de 2012. DEGERTS-MS.
- Slides “Distribuição, Fixação e Regulação Profissional dos Recursos Humanos na área da saúde”, Mozart Sales, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 21 de agosto de 2012.



## 4. APRESENTAÇÃO

A Subcomissão Especial destinada a tratar do Ordenamento da Formação de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde e da Educação Permanente na Área da Saúde (RH—SUS) foi criada pela Comissão de Seguridade Social, na sessão ordinária do dia 04 de abril de 2012, a partir do Requerimento nº 172/2012, de autoria do Deputado Rogério Carvalho. Tal Requerimento, como foi destacado em sua Justificação, seguiu-se a outro, apresentado na Sessão Legislativa anterior, apresentado pelo mesmo Parlamentar e pelo Deputado João Ananias.

.Entre seus objetivos principais foi relevado que o tema proposto é envolto de nuances e controvérsias no seio do setor saúde. Destacam-se os mandamentos constitucionais e legais referentes à questão dos Recursos Humanos no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, em especial:

o art. 200 da Constituição Federal (CF), que dá competência ao SUS de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

a Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 -, que em seu art. 6º, incisos III e X, inclui entre os campos de atuação do SUS, respectivamente, “a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” e o “o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”;

o art. 15 da LOS, por sua vez, nos incisos IX e XIX, previu como atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a “participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” e “realizar pesquisas e estudos na área da saúde”, respectivamente;

o art 27 da legislação mencionada que prevê a formalização e execução da política de Recursos humanos para a saúde de



forma articulada pelas esferas de governo e em consonância com o objetivo de organizar “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (inciso I), definido, ainda que “os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (parágrafo único);

Observou-se, assim, que o conjunto de mandamentos legais prevê de forma bastante clara o papel reitor do SUS na definição, formalização e execução da política concernente aos recursos humanos para a saúde, em seus diversos níveis de formação, em programas permanentes de atualização e aperfeiçoamento de pessoal bem como a utilização dos serviços como campo de ensino e pesquisa.

E concluiu-se sobre a necessidade de “aprofundamento do tema, especialmente sobre a relação entre o Ministério da Educação e Saúde e seus efeitos intragovernamentais”.

A Subcomissão RH—SUS foi constituída em 25 de abril e instalada em 9 de maio, com prazo determinado para o término dos trabalhos foi de noventa dias, prorrogáveis.

Foram nomeados os seguintes parlamentares como componentes titulares da Subcomissão: Deputada Célia Rocha, Deputado Dr Aluizio, Deputado João Ananias, Deputado Marcus Pestana e Deputado Rogério Carvalho; e, como suplentes, Deputado Chico D’Angelo, Deputado Darcísio Perondi, Deputado Eleuses Paiva, Deputado Geraldo Resende e Deputada Nilda Gondim,

O Deputado João Ananias foi eleito Presidente e o Deputado Rogério Carvalho foi indicado como Relator da Subcomissão.

Foram estabelecidos, então, objetivos geral e específicos, eixos temáticos a serem abordados cronograma de trabalho e premissas metodológicas a serem observadas na busca da consecução dos conteúdos propostos. Destaque-se que o cronograma de trabalho sofreu adiamentos e



prejuízos em função do calendário eleitoral e da consequente dificuldade para a Subcomissão se reunir.

A Subcomissão RH—SUS elegeu, desse modo, os seguintes objetivos:

▪ Geral:

regulamentação do “o art. 200, inciso III da Constituição Federal, que dispõe: “art. 200 – compete ao SUS, além de outras atribuições, nos termos da lei: III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

▪ Específicos:

1. avaliar os processos de formação e educação permanente na área de saúde, propondo as medidas cabíveis;
2. identificar como se caracteriza uma profissão na área da saúde, e, passo seguinte avaliar: (a) a evolução da profissão; (b) áreas de interação, mescla e de diálogo com outras profissões; (c) distribuição dos profissionais da saúde no território, (d) as necessidades do SUS (qual a profissão e qual a competência esperada do profissional), (e) a reserva regular desses profissionais; e (f) os consensos e dissensos entre as profissões na área da saúde;
3. propor mecanismos e instrumentos que possam aperfeiçoar as regras, a formação e a educação permanente na área da saúde;
4. propor iniciativas que possam promover a interação, a cooperação, a regulação, a formação das profissões na área da saúde.

Três eixos temáticos e suas respectivas indagações referenciais também foram definidos com vias a orientar o desenvolvimento dos trabalhos:



- 1º Tema – formação dos recursos humanos na área da saúde.

Indagações referenciais:

1. Competência de cada profissão da área de saúde?  
Distribuição dos profissionais? Como cada profissão se organiza (graduação/especialização)
2. Quais as competências que se espera das profissões?  
Onde se dá a formação (natureza da instituição) e onde estão sendo formados os profissionais (território)? Qual a necessidade de profissionais? Onde os profissionais precisam ser formados?
3. Qual o sistema e modelo de certificação de profissionais e controle de qualificação de profissionais do setor Saúde? Criar ou modificar a entidade pública para tal finalidade e acreditação do ensino e das escolas médicas e do setor saúde?

- 2º Tema – distribuição e fixação profissional na área da saúde.

Indagações referenciais:

1. Qual a característica do mercado de trabalho no setor saúde? Qual a quantidade disponível de profissionais? Como se dá a distribuição dos profissionais? Quais os modelos de fixação dos profissionais? Qual o sistema que regula a quantidade de profissionais?
2. Quais os sistemas de contratação e os modelos de carreira no setor saúde?

- 3º Tema – regulação profissional.

Indagações referenciais:

1. Como se apresenta a história de cada profissão? Quais os meios de produção e de reprodução das profissões



da área da saúde? Qual o núcleo de competência, a abrangência e a evolução das profissões?

O cronograma proposto inicialmente previu a realização de cinco etapas que, em função do motivo já aludido, teve que ser readaptado. A previsão inicial era a seguinte:

- 1 – Debates com entidades da área da Saúde e recebimento de propostas.
- 2 – Seminários Estaduais.
- 3 – Viagem Internacional (Estudo comparado, Bruxelas).
- 4 – Envio do relatório preliminar às entidades parceiras.
- 5 – Seminário de apresentação do relatório final.

Optou-se, dessa forma, pela não realização dos Seminários previstos na Etapa 2 e concentração da Etapa 1 em Mesas Redondas realizadas no dia 21 de agosto nos períodos matutino e vespertino.

Do mesmo modo, as Etapas 4 e 5, que deveriam preceder as discussão e apreciação do Relatório Final pela Subcomissão e seu encaminhamento para a apreciação do Plenário da Comissão de Seguridade Social e Família, ficaram impossibilitadas pela premência do tempo.

Propõe-se, então, que, uma vez apreciado pela Subcomissão e pela CSSF, o Relatório Final seja dado prosseguimento aos desdobramentos previsto nas Conclusões na próxima Sessão Legislativa.

Conforme mencionado, durante os trabalhos da Subcomissão foram realizadas as seguintes atividades e visitas:

- 1) Mesa Redonda, realizada em 21 de agosto de 2012, período matutino, na Câmara dos Deputados (DF), com os: Sr. MOZART JULIO TABOSA SALES – Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde; Sr. FERNANDO ANTONIO MENEZES DA



SILVA – Secretário Adjunto da Secretaria-Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, professor da Universidade de Roraima e avaliador do MEC para abertura de cursos e membro da comissão de especialistas; Sr. ARMANDO RAGGIO – Representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde; Srª. ISABELA PINTO – Representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Sr. JOSÉ MARIA PONTES – Representante da FENAM; Srª. LEILA GOTTEMS – Representante da ABEEn; Sr. JOSÉ ERI MEDEIROS – Representante do Conselho Nacional de Saúde.

- 2) Mesa Redonda, realizada em 21 de agosto de 2012, período vespertino, na Câmara dos Deputados (DF), com os: Sr. MOZART JÚLIO TABOSA SALES – Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde — SGETS; Sr. ALCEU JOSÉ PEIXOTO PIMENTEL – Conselheiro do Conselho Federal de Medicina — CFM; Sr. ANTÔNIO AUGUSTO FONSECA GARCIA - Coordenador da Unidade Técnica do Conselho Federal de Nutricionistas — CFN; Srª. ELIANE CRISTINA DA CRUZ SANTOS - Membro do Fórum Nacional da Federação Nacional dos Enfermeiros — FNE; Sr. WILLEM HEIZ – Membro do Conselho Federal de Fisioterapeutas e Terapia Ocupacional — COFITTO; Srª. JOANA BATISTA OLIVEIRA LOPES - Vice Presidente da Federação Nacional dos Odontólogos — FNO; Srª. BIANCA ARRUDA MANCHESTER DE QUEIROGA – Presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia — CFFA; Srª. ELIZABETE NUNES – Membro do Conselho Federal de Enfermagem — COFEN; Srª. JEANNE LILIANE MARLENE MICHEL - Diretora de Gestão de Pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; Sr. JOSÉ MARIA PONTES – Presidente do Sindicato dos Médicos do Ceará — SIMEC; Sr. GERDO BEZERRA DE FARIA - Membro da Comissão de Políticas Públicas de Saúde do Conselho Federal de Odontologia — CFO; Sr. RODRIGO ALMEIDA DE SOUZA - Secretário de Comunicação da Federação Nacional dos Médicos — FENAM; Sr. JOSÉ ERI OSÓRIO MEDEIROS – Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde — CNS.



- 3) Missão Internacional ao Reino da Bélgica, no período de 3 a 8 de dezembro de 2012, para conhecer o Sistema de Saúde Belga, e especialmente aspectos da organização de recursos humanos e da educação permanente dos profissionais da Saúde. Visitas ao Ministério de Saúde Pública, ao Instituto Nacional de Assistência à Saúde e Invalidez, Universidade Livre de Bruxelas, e ao Hospital Universitário Erasmus. Participação dos especialistas: CHARLES DENONNE, Sistema Público Federal de Saúde Pública; CHRIS SEGAERT, Responsável pela área de Relações Internacionais do Departamento de Atenção a Saúde do Instituto Nacional de Assistência à Saúde e à Invalidez; PIETER JAN MIERMANS, Célula de Planejamento da Força de Trabalho da Saúde, Atenção Primária à Saúde e Gerenciamento de Crises, SPF de Saúde, Segurança da Cadeia Alimentar e Meio-Ambiente; MACHTELD GHEYSEN, Sistema Público Federal de Saúde Pública; MEIKE HORN, Sistema Público Federal de Saúde Pública; MARCEL DER AUWERA, Sistema Público Federal de Saúde Pública; ALEX LENAERTS, Conselheiro Diplomático da Primeira Vice-Ministra, Ministério de Assuntos Sociais e de Saúde Pública; THOMAS ROUSSEAU, Instituto Nacional de Assistência à Saúde e à Invalidez; MONIQUE LEONARD, Assessora Internacional da Faculdade de Medicina da Universidade Livre de Bruxelas; Professor YVON ENGLERT, Decano da Faculdade de Medicina da Universidade Livre de Bruxelas; Professor MARCO SCHETGEN, Vice - Decano da Faculdade de Medicina da Universidade Livre de Bruxelas; Professor ALAIN DE WEVER, Professor Honorário da Escola de Saúde Pública da Universidade Livre de Bruxelas.



## **4. ORDENAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

### **4.1. Recursos Humanos em Saúde: Panorama Atual**

A desigualdade na distribuição dos frutos do trabalho humano é um dos grandes desafios atuais. Ao contrário do previsto por muitos apologistas da globalização econômica, esse processo levou ao acirramento das desigualdades e inequidades, da concentração de renda e da pobreza.

Para a superação desse quadro, a saúde tem sido considerada, de forma consensual, como componente estratégico para os países com alto grau de desigualdade e pobreza.

Contradicoratoriamente, tais países têm colecionado reveses no sentido de oferecer ações e serviços de saúde quantitativa e qualitativamente suficientes para atender ao objetivo de melhoria nas condições de vida de suas populações.

Um dos aspectos considerados cruciais e diretamente relacionados à baixa capacidade de solução dos problemas de saúde é o relativo aos recursos humanos. O setor tem sérios desafios a resolver, passando pelas questões de remuneração e comprometimento dos profissionais, até as relativas ao preparo, à fixação e à distribuição da força de trabalho.

Pierantoni, Varella e França<sup>1</sup> resumiram os desafios na área de recursos humanos em saúde em quatro grandes objetivos:

- aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma aduada e equitativa;
- garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde;
- aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos;

---

<sup>1</sup> PIERANTONI, C.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. v. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 51-70.



- fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

No Brasil, o quadro de dificuldades no campo dos recursos humanos não é destoante do que se verifica nos demais países em desenvolvimento. Em que pese à instituição de um sistema de saúde universal, com forte componente redistributivo há quase 25 anos, sua efetiva implantação tem esbarrado em dificuldades, entre as quais se inclui a concernente aos recursos humanos.

Tais dificuldades abarcam, de forma semelhante ao destacado para o quadro internacional, problemas relativos à remuneração e às formas de contratação, com alto grau de precarização da força de trabalho; capacidade de gestão insuficiente e desigual entre as instituições setoriais e “desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da saúde, tanto quantitativas (concentrações regionais, por exemplo) como qualitativas (proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação e dependências administrativas, práticas pedagógicas excludentes de uma visão de integralidade e de trabalho em equipe, por exemplo)” (Pierantoni et al<sup>2</sup>).

O trabalho da Subcomissão de RH—SUS tem como fulcro a competência constitucionalmente atribuída ao SUS de ordenação dos recursos humanos para o SUS e da educação permanente na área da saúde. Sendo, assim, propôs o exame das principais questões que envolvem essas áreas, bem como a definição de formas para dotá-las de estruturas e organização capazes de fazer frente aos imensos desafios que as limitam.

#### **4.2. Regulamentação e Regulação em Recursos Humanos para a Saúde**

No Brasil, é fato mais do que conhecido, que a quase totalidade das profissões e ocupações buscam pela via legislativa a regulamentação de suas respectivas atividades.

A regulamentação profissional ou ocupacional nada mais é que um processo jurídico-político em que são estabelecidas regras e sanções

---

<sup>2</sup> PIERANTONI, C.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C., op. cit. 1



envolvendo a interação entre governo e sociedade: população, setores econômicos e grupos ocupacionais (Girardi, Fernandes e Carvalho<sup>3</sup>).

Ao analisar os objetos em que tais regras incidem, Girardi<sup>4</sup> arrolou os seguintes pontos: ... (*i*) *regras de entrada no mercado de trabalho (incluídos os mecanismos de licenciamento, certificação e registro profissionais e credenciais educativas);* (*ii*) *os resultados do trabalho profissional (regulações de responsabilidade civil e penal, seguros de má prática, erro profissional),* (*iii*) *a ética profissional, (iv) padrões de qualidade técnica, (v) as condições de trabalho profissional; e, finalmente, (vi) os preços de serviços e as remunerações e salários profissionais.*"

Ainda segundo Girardi et al<sup>5</sup>, as regulamentações podem ter origem externa "(vir do Estado legislador, das organizações de serviços públicas ou privadas, das comunidades ou do público, etc.)" ou interna "(vir das corporações profissionais, dos sindicatos, das associações profissionais voluntárias etc.)" ao grupo regulamentado.

Apontam ainda a taxonomia de Dussault<sup>6</sup> que classifica as regulamentações em quatro vertentes: "as jurídicas (leis de exercício e regulamentações éticas); as econômicas (mecanismos e níveis de remuneração); as administrativas (normas do local de trabalho) e as sociais (vindas da comunidade, de outros profissionais e poderes compensatórios)."

A regulamentação corresponde a uma chancela estatal de formação, de reserva de mercado e de delimitação de campo de atuação. Destes, a reserva de mercado é o principal fator que impulsiona as demandas por regulamentação profissional, embora tais demandas venham sempre envoltas em argumentos ideológicos de que: a atividade profissional requer conhecimentos específicos, habilidades e formação complexa; seu exercício

<sup>3</sup> GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. [S.I.: s.n.], 2005.  
Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparaSaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>> . Acesso em: 27 novembro 2012

<sup>4</sup> GIRARDI, S. N., 1998 apud GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L.

<sup>5</sup> GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L., op. cit. 2

<sup>6</sup> Dussault, 1995 apud GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L.



afeta a saúde, o bem-estar e a segurança da população; e que o trabalho profissional não é passível de avaliação pelos leigos, mas apenas pelos pares.

Uma vez regulamentada, a ocupação vai se amparar, para a garantia dos direitos conquistados juridicamente, em associações (no caso do Brasil em órgãos autárquicos paraestatais), definições de competências e de áreas de atuação exclusivas, definição de formação acadêmica, códigos de condutas a serem observados entre os pares, etc.

No trabalho citado de Girardi et al<sup>7</sup>, encontram-se ainda pontos que, na opinião dos autores, conformariam o maior ou menor grau de extensão da regulamentação de determinada ocupação. Seriam eles:

“(i) ... condições do exercício da atividade profissional: autonomia, complexidade técnico-científica, graus de assimetria informacional ou de assimetria de competência entre os membros do grupo profissional e os leigos, dificuldade de julgamento espontâneo do público sobre as atividades, procedimentos e os resultados do trabalho dos profissionais, utilidade pública da regulação;

(ii) ...poder e recursos dos grupos de interesse articulados em torno da profissão ou ocupação: tamanho, coesão, concentração de recursos dos grupos de profissionais demandantes da regulação em questão, de grupos profissionais concorrentes, dos grupos de empregadores de profissionais, dos grupos de consumidores, dos grupos de terceiros pagadores, da opinião pública etc.;

(iii) ...forma e modo de funcionamento do sistema político-administrativo, particularmente do legislativo. A oferta de regulações depende do ambiente sob o qual o legislativo produz: competição interpartidária por votos, organicidade do sistema partidário, grau de dependência de parlamentares e partidos com relação a cada um dos grupos de interesse demandantes, rotatividade dos parlamentares, grau de especialização e condução sistêmica da matéria pelos corpos e comissões do legislativo, existência e utilização de mecanismos de agenciamento, relações de controle de agendas entre executivo e legislativo, graus de insulamento dos parlamentares, influência dos *lobbies* profissionais etc.

---

<sup>7</sup> GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L., op. cit. 2



Coelho<sup>8</sup>, por sua vez, atribui o maior ou menor grau de sucesso de uma corporação em obter a regulamentação desejada a dois fatores fundamentais: à importância relativa da corporação (tamanho, coesão, influência, recursos) e à existência de um “padrinho” no Congresso Nacional (Parlamentar que se disponha a apresentar e acompanhar a tramitação da proposição regulamentadora).

A regulamentação pela via legislativa, embora legítima do ponto de vista político — a todos é legítimo pleitear e reivindicar a proteção do Estado e cabe justamente ao Congresso Nacional avaliar a pertinência desses pleitos e reivindicações —, não pode e não deve ser a única forma em que a sociedade possa definir e redefinir os limites e abrangências das ocupações. Muitas dessas atividades, em virtude de seu alto conteúdo científico e tecnológico, e como decorrência da grande importância que têm nas vidas e no bem-estar das pessoas, estão em constante processo de mudança e de realocação de funções, de papéis e de responsabilidades.

No setor saúde em especial, tal afirmação tem substrato histórico que a sustenta. Nos últimos cinquenta ou sessenta anos, várias das ocupações que hoje são denominadas de “profissões de saúde” sequer existiam. Eram apêndices do trabalho médico, da enfermagem ou eram ocupações técnicas e que, ao longo do tempo, foram incorporando conhecimentos específicos e formando um corpo teórico-prático que se autonomizou e se constituiu num ramo do conhecimento humano, com procedimentos e desenvolvimento próprios.

Esta situação delimita, assim, uma das premissas assumidas para o direcionamento do trabalho Parlamentar no campo proposto para a Subcomissão de RH—SUS: o reconhecimento de uma realidade internacional e nacional de conflitos e tensões existentes entre, de um lado, o “mercado da saúde” — fornecedores de bens e serviços em saúde e que inclui o aparelho formador de profissionais e as corporações profissionais envolvidas na prestação de ações e serviços de saúde —, e, de outro, a população e pessoas, com suas necessidades e demandas.

Tal reconhecimento, entretanto, não elide a existência de conflitos e tensões internos em ambos os blocos, como os existentes entre as

---

<sup>8</sup> Coelho, 1999 apud GIRARDI, S. N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C. L., op. cit. 2



diversas categorias de profissionais de saúde, destas com as operadoras de planos de saúde, das operadoras com os estabelecimentos privados etc.

Outra premissa essencial é a que se refere ao conceito de “arena política”. Como ressaltou a pesquisadora Soraya Vargas Côrtes<sup>9</sup> ao analisar os papéis do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o termo no mais das vezes tem sido utilizado sem rigor teórico. Seu emprego se dá mais num sentido metafórico, significando a “existência de espaços conflitivos estatais, societais ou, mais frequentemente, espaços de interconexão entre as duas esferas, nos quais proposições, atores e grupos de interesse disputam a primazia de suas posições”.

A pesquisadora propõe que o conceito de “arena política” seja entendido também como um espaço de disputa de conflitos, mas com ênfase “no papel dos atores e dos espaços decisórios em processos que levam à definição e redefinição de estruturas setoriais de relações”.

Releva ainda que tais espaços têm o Governo Federal em especial como o “decisor fundamental em torno do qual se organizam as disputas”, bem como envolvem processos, transformações e limites difusos entre os referidos atores e da própria fronteira “entre Estado e sociedade e entre setores de política pública”.

Desse modo, a arena política para a definição dos papéis e lugares das diversas categorias profissionais no âmbito da saúde não pode ser apenas o Legislativo, conquanto este Poder tenha pertinência e relevância indiscutíveis no debate e na demarcação dos campos de atuação laboral.

Esse foi o entendimento dos constituintes e dos legisladores ao instituírem o SUS com princípios, diretrizes e objetivos de um sistema público, universal, equânime, com controle social, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, dentre as mais importantes características.

Ao apontar, igualmente, como uma atribuição inalienável do SUS “a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” e, também, a constituição de “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”, como destacado

---

<sup>9</sup> Côrtes, S.V., Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1626-1633, jul, 2009



acima, os legisladores constituinte e ordinário apontaram os caminhos de um tratamento dos recursos humanos para a saúde que extrapola o limite — necessário, porém restrito — das regulamentações profissionais insculpidas exclusivamente em normas jurídicas.

Para o justo e adequado tratamento desta questão tão sensível e tão importante para a efetiva implantação do SUS com os objetivos a ele cometidos, faz-se necessária a busca de novas concepções, de novas estruturas governamentais e de novas formas de explicitação e resolução das divergências e conflitos.

Faz-se mister, então, a definição de uma outra premissa que norteie o trabalho da Subcomissão com vistas ao tratamento pretendido para a questão dos recursos humanos no âmbito do SUS.

Dada a insuficiência da regulamentação legal para a solução plena dessa questão, vamos buscar no conceito de regulação um caminho que supere a pouca dinamicidade e o relativo descompasso entre a atualização dos textos legais e as imposições da realidade.

O conceito de regulação tem sido utilizado classicamente como uma forma de intervenção na economia com vistas à correção de “falhas de mercado” que impediriam o livre funcionamento desse mercado e, consequentemente, a determinação de quantidades e preços ideais.

Na saúde, tem sido empregado amiúde para exemplificar a ação do Estado no setor de saúde suplementar, por intermédio da agência reguladora setorial — A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS — no sentido de “corrigir” as “falhas de mercado” existentes no setor: ocorrência de riscos e incerteza; “risco moral”; externalidades; distribuição desigual da informação; existência de barreiras (Castro, 2002)<sup>10</sup>.

Girardi<sup>11</sup>, em importante estudo elaborado para a Organização Pan-americana de Saúde — OPAS, propõe que no campo da regulação profissional se adote uma noção “pragmática” de regulação, semelhante à voltada ao campo de bens e serviços mais definidos. Segundo o

<sup>10</sup> Castro, 2002 apud Santos, F.P.; Merhy, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006

<sup>11</sup> Girardi, S.N. Regulação dos Recursos Humanos em Saúde e a Reforma do Setor Saúde em Países da América Latina, OPAS, 2002



referido autor, “a regulação corresponde a uma intervenção pública (ou da política) sobre a soberania dos mercados (ou da economia)”.

Assim, prossegue o mesmo autor, haveria uma rationalidade baseada na “assimetria informacional” que justificaria a ação regulatória no campo profissional da saúde, baseada no “princípio da *utilidade pública* da regulação, que visa à proteção e à segurança do público contra a ação danosa de praticantes não autorizados e de pessoas inescrupulosas; e o princípio da *garantia da qualidade e da excelência dos serviços profissionais*, que visa proteger o público dos riscos da ação de profissionais incompetentes e despreparados”.

Identifica, ainda, cinco objetos de incidência da regulação profissional. No caso específico do trabalho da Subcomissão, a incidência estaria no item primeiro: “(i) a entrada no mercado de trabalho (incluídos os mecanismos de licenciamento, certificação e registro profissionais e educativos)”.

Por fim, arrola três tipos “puros” de regulação (desregulação ou regulação dos mercados; auto-regulação profissional ou regulação de pares; regulação burocrática), mas aponta que alguns autores têm destacado a emergência de modelos de “regulação societal”, baseados na introdução da “participação dos grupos de interesse público ou da sociedade civil no processo regulatório” ou, ainda, de “poderes compensatórios que consiste (*sic*) no estabelecimento de contrapesos no interior de um sistema regulatório”.

#### **4.3. O Debate e as Posições dos Atores Envolvidos no Ordenamento dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil.**

A situação dos recursos humanos em saúde no País e a posição do governo, das entidades representativas dos profissionais do setor, de operadores sistêmicos, de instituições formadoras e de Parlamentares foi objeto de Mesa Redonda, conforme aludido na apresentação deste Relatório.

O primeiro convidado a fazer uso da palavra foi o Secretário Adjunto da Secretaria-Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Prof. Fernando Antônio Menezes da Silva, que iniciou sua peroração afirmando que questões como a da fixação de profissionais de



saúde estão na ordem do dia em todo o mundo, inclusive no Reino Unido cujo sistema de saúde é considerado um dos mais bem organizados do mundo.

Destacou que em todos os fóruns internacionais sobre o tema sugerem-se e defendem-se intervenções de caráter educativo, regulatório, financeiro e relacionadas à gestão e ao apoio social e que, em seu entendimento ordenar e regular são termos que se referem de quantos, de perfil, de quando e de onde.

Na sequência, contrapôs o que denominou de sistema caótico do Brasil ao modelo inglês, em que há uma continuidade da graduação e da pós-graduação. Observou que o modelo citado permite a quantificação dos recursos humanos de forma bastante precisa e que há ênfase na inserção dos egressos da graduação na atenção básica, nos primeiros anos de vida profissional.

Enfatizou entender que no Brasil existe um modelo em construção, mas que há dificuldade de se definir em que sistema o graduando entraria, pois no Reino Unido trata-se do Sistema Nacional de Saúde e aqui há uma multiplicidade de sistemas.

Arrolou as dificuldades existentes para um ordenamento, pois não há regulação no que concerne à abertura de cursos, locais onde vão ser abertos e número de vagas.

Salientou a questão relativa às carreiras que se referem a cargos e salários e não à formação ao longo do tempo.

Por fim, manifestou-se relativamente a dois aspectos interessantes. O primeiro de que é o SUS que financia o campo de treinamento da grande maioria dos egressos, tanto da graduação como das especializações. Assim o SUS pagaria, mas não definiria nenhum aspecto relevante da formação.

Já o segundo refere-se à que a formação e o treinamento se dão institucionalmente e não no sistema, levando a que o egresso adquira o perfil da instituição onde é treinado e não o perfil demandado pelo sistema.

Em prosseguimento a Deputada Celia Rocha correlacionou a questão do financiamento do SUS com a fixação dos recursos



humanos e a Deputada Rosane Ferreira corroborou a posição do palestrante no que concerne à tendência à especialização precoce dos médicos.

Já a Deputada Nilda Gondim manifestou-se em relação à dificuldade de se levar especialistas para cidades do interior.

Na sequência, o Sr. Armando Raggio, representando o do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras — CRUB, fez uma longa intervenção sobre a estrutura do exercício das profissões em saúde, em que o conceito de complexidade é o do capital e não do trabalho. Destacou que há um descompasso entre o SUS e a formação e o exercício profissional, por força de uma concepção de autonomia exacerbada.

A representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, Srª Isabela Pinto, Coordenadora do GT 09 - Trabalho e Educação na Área da Saúde, propôs a realização de um censo da formação, acompanhando, em âmbito nacional, a qualidade dessa formação.

O representante da Federação Nacional dos Médicos – FENAM, Dr. José Maria Pontes, criticou, igualmente, a valorização excessiva da especialização, citando o exemplo do Ceará, onde o plano de cargos remunera mais a quem trabalha na atenção secundária e terciária. Criticou, também, o número de escolas médicas existentes no País, afirmando que muitas delas não têm qualquer condição de funcionamento.

A intervenção da Prof.<sup>a</sup> Leila Gottems, representante da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN, expressou o sentimento de concordância de sua entidade com o debate na Subcomissão e deu conta da realização do Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem, cujo tema seria o da qualidade da formação e da expansão dos cursos de enfermagem. Deu, ainda, seu testemunho como professora, dos desafios que encontra para ampliar o horizonte de seus alunos para além do espaço restrito dos serviços de saúde.

Em seguida, o Dr. Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, apontou a contradição existente no Brasil em que, ao contrário do que acontece em vários países, a definição sobre a graduação e pós-graduação em saúde se situar na esfera do Ministério da Educação, sem grande interface com o SUS.



Tal situação seria, no seu entender, uma grande contradição, uma vez que o sistema público de saúde, com seu poder de compra de bens e serviços e de contratação de pessoal é o grande modelador do mercado de trabalho, devendo, portanto, ter maior determinação na formação dos profissionais de que necessita.

Ressaltou que tal determinação, ao contrário do que poderia parecer, não significa estatismo ou intervenção exagerada e citou a Inglaterra como exemplo: berço do liberalismo, potência ocidental capitalista, mas que possui um modelo de ordenamento de formação de recursos humanos bastante determinado pelas necessidades de seu Sistema Nacional de Saúde. Citou, igualmente, outros países, como: França, a Espanha, Portugal e Canadá, em que o Estado tem um protagonismo nessa área.

Relatou as iniciativas de sua Secretaria e do Ministério da Saúde em estabelecer um diálogo com a Pasta da Educação, e do esforço conjunto a Estados e Municípios para estruturação de carreiras e valorização do trabalho em atenção básica. Tal esforço articula-se com a formação de recursos humanos, pois exige definições sobre quantos, como, onde e como formar os profissionais de que o SUS necessita.

Pontuou, ainda, sobre a necessidade de o Ministério da Saúde obter dados confiáveis sobre quantidade e qualidade dos recursos humanos existentes, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, junto às associações profissionais, sindicatos e outras entidades, como forma de estruturar um planejamento adequado ao ordenamento setorial.

Expôs a contradição do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, que tem vagas ociosas e habilita o egresso a uma remuneração boa, enquanto que para a residência em outras especialidades existem poucas vagas e tem remuneração inferior, mas atraem mais.

Em continuação à reunião, a Deputada Rosane Ferreira, manifestou-se sobre a questão dos recursos humanos sem vínculo territorial com os serviços e sobre a importância de a saúde ter uma acepção mais ampla, pois o processo saúde-doença está presente em toda atividade humana, principalmente na atividade laboral.



Deu-se, então, a intervenção do representante do Conselho Nacional de Saúde, Sr. José Eri Medeiros, atuante em duas comissões daquela entidade que guardam relação com o tema da Subcomissão: Comissão de Educação Permanente para o Controle Social e a Comissão de Recursos Humanos.

Em sua intervenção, anuiu com a intervenção do representante do CRUB, defendeu uma maior participação da atenção básica no orçamento e aumento dos repasses aos municípios.

A palavra, neste ponto, retornou ao Dr. Fernando Antônio Menezes da Silva, que a guisa de finalização, comentou algumas intervenções e deu seu testemunho, na condição de partícipe na elaboração das diretrizes curriculares para os cursos de medicina, que a adesão das escolas ao que foi instituído foi da ordem de trinta a cinquenta por cento apenas.

Relatou, também, que, na Holanda, os temas curriculares são definidos a partir de consultas aos médicos de família, enquanto no Brasil ainda estamos presos a um modelo de educação médica gestado no início do século XX.

A palavra retornou ao Presidente da Subcomissão que, antes de passa-la ao Relator, teceu comentários sobre o poder do mercado, que acaba por determinar a opção por carreiras e especializações dos médicos. Exemplificou com casos de sua vivência pessoal e destacou que o orçamento do SUS destina três quartas partes dos recursos para custear a alta complexidade.

Por fim, o Relator apontou para a existência de várias instâncias que tratam da formação de recurso humanos, mas inexiste uma instância com poder de deliberação e de formulação de regras para ordenar o setor. Apontou, nesse caso, para a necessidade de criação e de legitimação de uma instância dessa natureza, capaz de definir claramente alguns objetos, as capacidades por profissões, respeitando ou definindo também para cada profissão sua estrutura.

Pontuou sobre a necessidade de que o sistema de ordenamento de recursos humanos debata o modelo de formação, pois o modelo atual impregna os corações e mentes dos estudantes, ao longo de sua formação, de modo que, ao terminar sua graduação, os formandos estão



ideologicamente voltados para esse modelo que prioriza a especialização, a hospitalização, a fragmentação e a tecnologização da intervenção em saúde.

Reconheceu, então, que a Subcomissão tem o desafio de pensar e repensar o ordenamento de recursos humanos com vistas a propor a atualização e modernização da ação de Estado e que tal desafio seria uma contribuição imensa para a consolidação e para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Na segunda Mesa Redonda, foi tratada a questão relativa à distribuição, à fixação e à regulação dos recursos humanos na área da saúde, conforme a introdução efetuada pelo Deputado João Ananias.

Na sequência o Deputado Rogério Carvalho destacou os três grandes desafios que se colocam para o ordenamento dos recursos humanos em saúde, tratados na primeira fase do debate: quantificar os profissionais de graduação e os especialistas; verificar como se dará a distribuição da formação, os mecanismos e as formas de distribuir a formação desses profissionais no território de acordo com a demanda; e estabelecer políticas e iniciativas de governo para garantir que esses profissionais sejam fixados ao longo de toda a extensão territorial do nosso País para atender à demanda da saúde.

Para a segunda fase, destacou outro desafio: de que maneira as profissões, como um processo social, um processo vivo, em constante evolução e mudança, possam se autorregular e de que maneira o Estado brasileiro e a sociedade brasileira podem mediar aquilo que é extração de competência de uma profissão sobre a outra, para evitar uma disputa de abrangência entre as profissões.

Ressaltou que poucos países tinham esse último desafio bem equacionado e que observar o encaminhamento desse tema seria objeto de uma visita da Subcomissão à Bélgica.

Relevou a superposição e indefinição existente sobre o ordenamento de recursos humanos para a saúde, mesmo depois de 24 anos de implantação do SUS e a complexidade do sistema, composto por cerca de seis mil operadores entre prefeituras, governos estaduais, instituições federais, universidades etc sem uma definição clara sobre formação.



Do mesmo modo, apontou a inexistência de instância de mediação para os conflitos de competência interprofissional, em que pese à existência dos conselhos, mas que se restringem ao âmbito de suas profissões.

Dando prosseguimento ao debate, usou da palavra o Dr. Mozart Sales, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

Em sua apresentação, o indigitado Secretário, apresentou um grande volume de dados relativos à formação, distribuição, remuneração, relação profissionais/habitantes, vínculo empregatício, horas trabalhadas, retenção de médicos residentes por local de formação, escassez de profissionais em atenção primária, vagas em saúde da família etc. que estão anexadas ao presente Relatório.

Relativamente à densidade, o Brasil apresenta, a cada 1000 habitantes, 0,4 nutricionistas; 0,8 farmacêuticos; 0,4 médicos veterinários; 0,9 profissionais de educação física; 1,5 enfermeiros e 1,8 médicos. A densidade varia de acordo com a região. A cada mil habitantes a densidade de profissionais médicos por região é: Norte 0,90; Nordeste 1,09; Sudeste 2,49; Centro-oeste 1,77 e Sul 1,90.

A oferta de vagas em cursos de Medicina pelo MEC sofreu significativo aumento nos últimos anos. Em 2011, foram abertas 480 vagas, e a previsão é que em 2012 sejam autorizadas mais 2415, a serem implantadas de 2013 a 2014.

Ao final destacou o esforço de sua Secretaria no sentido de dialogar com os conselhos profissionais destacando a necessidade de os gestores do SUS em terem definições mais claras sobre as competências das diversas profissões em saúde, bem como a necessidade de atualização de parâmetros de pessoal para os diversos níveis de atenção.

O Dr. Alceu José Peixoto Pimentel, representando o Conselho Federal de Medicina, pronunciou-se em relação à questão salarial dos médicos, da precarização do trabalho médico, pôs em dúvida alguns dos dados apresentados pelo palestrante da tarde, no que concerne aos vínculos empregatícios de médicos e sobre o número excessivo, no seu entender, de escolas de medicina no País.



Em prosseguimento, o Sr. Antônio Augusto Fonseca Garcia, representando o Conselho Federal de Nutrição, deu conta da semelhança de sua área com as demais, no que tange à expansão de escolas de graduação e na concentração das mesmas no Centro-Sul.

Do mesmo modo, afirmou existir um desequilíbrio na distribuição de profissionais no País e atribui esse problema à ausência de um plano de cargos e salários e defendeu a contratação de mais profissionais de nutrição como forma de garantia do atendimento integral.

A Drª. Eliane Cristina Da Cruz Santos, em nome da Federação Nacional dos Enfermeiros, relevou, de início a grande proeminência dada ao trabalho médico nas apresentações e nos dados oferecidos na Reunião. Relatou situação de exclusão de profissionais de enfermagem do PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Atribuiu a dificuldade de fixação do profissional de sua categoria à questão salarial e reiterou as preocupações manifestadas por outros presentes no que tange à qualidade da graduação em enfermagem.

Na sequência, foi ouvido o Sr. Willem Heiz, membro do COFFITO — Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, apontou sua discordância com a excessiva atenção dada no debate à questão da medicina e dos médicos, inclusive na exposição do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Demonstrou preocupação pelo que chamou de salário aviltante pago a fisioterapeutas, enfermeiros e psicólogos e defendeu a continuação do debate no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.

Em prosseguimento citou vários programas governamentais em que determinados profissionais de saúde não estavam incluídos e manifestou seu apoio à constituição de uma carreira única no SUS.

A intervenção subsequente foi da Drª. Joana Batista Oliveira Lopes, representante da Federação Nacional de Odontologia que reputou como imprescindível que se trate a questão dos recursos humanos em saúde em uma perspectiva de equipe de saúde. Concordando com o representante que a precedeu, apoiou a constituição da carreira única em que as três esferas de governo contribuiriam para o custeio dos salários.

A próxima intervenção foi da representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia, Drª. Bianca Arruda Manchester de Queiroga, que



assentiu com as críticas à prevalência da medicina nas análises feitas e demonstrou sua preocupação com o fechamento de faculdades de fonoaudiologia, algumas delas tradicionais, e com a diminuição no número de egressos nos últimos anos.

Atribuiu esse fato à inexistência de estímulos materiais aos profissionais em questão e à exclusão do fonoaudiólogo de programas governamentais. Ressaltou um paradoxo na formação do fonoaudiólogo, pois as diretrizes curriculares seriam direcionadas para formar um profissional para o trabalho no SUS, mas que não é absorvido pelo sistema público.

Em seguida, usou a palavra a Dra. Elizabete Nunes, do Conselho Federal de Enfermagem que iniciou, a exemplo de outros que antecederam, declarando estar preocupada, pois a enfermagem representaria sessenta por cento da força de trabalho em saúde que estariam em franco processo de precarização.

Revelou que, embora a categoria tenha lutado por jornada de trinta horas semanais, a grande maioria tem duplo vínculo, o que levaria à uma sobrecarga de trabalho. Denunciou a abertura de faculdades de enfermagem sem condições para o ensino e até de cursos à distância.

Para finalizar, concordou com as reivindicações de carreira única e afirmou ser necessário investir em educação permanente para o setor.

Dando continuidade, houve a intervenção da Drª. Jeanne Liliane Marlene Michel, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que fez menção à decreto de 2007 que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão da Educação em Saúde, composta pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, mais os CONASEMS.

Citou que anteriormente, quando dirigiu a coordenação responsável pelos programas de residência, obteve êxito em carrear mais recursos para tais especializações e que os programas foram expandidos sobremaneira para as residências multiprofissionais. Citou, igualmente, o trabalho desenvolvido pela atual direção da Comissão Nacional de Residência Médica e de algumas dificuldades, particularmente na abertura e expansão de programas em Anestesiologia e concluiu com a afirmação de que os hospitais



universitários devem ter participação efetiva no processo de ordenamento de recursos humanos.

A intervenção seguinte coube ao Dr. José Maria Pontes, do Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará, que deu seu depoimento sobre a entrega dos grandes hospitais para gestão de Organizações Sociais e parcerias público-privadas e a crescente precarização do trabalho médico no interior de seu Estado. Tal situação é diretamente responsável, no seu entender, pela concentração de médicos nas grandes cidades. Denunciou a inexistência de planos de cargos e salários na grande maioria de municípios e declarou-se cético em relação ao ordenamento dos recursos humanos caso não haja uma melhoria nos níveis de remuneração e na segurança dos contratos de trabalho.

O Dr. Gerdó Bezerra de Faria, Membro da Comissão de Políticas Públicas de Saúde, do Conselho Federal de Odontologia, interviu em sequência destacando o denominador comum da grande maioria das intervenções: equipe multiprofissional e planos de carreira, cargos e salários.

Para o Dr. Rodrigo Almeida de Souza, da Federação Nacional dos Médicos, a fixação do profissional não depende apenas de salários, mas também é influenciada pela economia local e a existência de padrões de vida ao menos semelhantes aos dos grandes centros. Relevou que a existência de bons programas de residência dependem também do gestor estadual e que sem a ajuda federal, será muito difícil a fixação de profissionais em municípios menores, pois as prefeituras não têm como pagar um salário atrativo.

O Dr. Eri Medeiros, do Conselho Nacional de Saúde, a exemplo do que ocorreu pela manhã, fez uso da palavra e destacou a importância do controle social, instando a que todas as decisões governamentais deveriam ser discutidas em fóruns adequados com a participação da coletividade, defendeu o serviço civil obrigatório e concordou com as intervenções em favor da carreira única.

A palavra retornou ao Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, Dr. Mozart, que reconheceu a necessidade de aproximação e parceria com as entidades de representação profissional, colocou-se favoravelmente à expansão da preceptoria nos



programas de residência e mostrou-se receptivo à discussão com todas as categorias profissionais da saúde.

Assumiu o compromisso de estender o trabalho de todos os Observatórios de Recursos Humanos para contemplar um olhar pormenorizado, detalhado, criterioso cada uma das profissões regulamentadas de saúde, de forma a que se possa produzir um diagnóstico sobre cada uma delas.

Anuiu com as críticas ao modelo de formação em saúde e reiterou o compromisso de aprofundar o debate, mesmo reconhecendo as dificuldades, para iniciar um processo de mudança de paradigma. Afirmou que tal processo tem que ser feito em parceria com os municípios dada a extensão territorial do País e sua conformação federativa.

Observou a importância de a integralidade da atenção ser garantida a todos, e reconheceu o esforço que o Ministério da Saúde tem feito nesse sentido. Finalizou reconhecendo a necessidade de uma ação conjunta com todas as categorias do setor e que tal esforço demandará uma grande articulação e muito diálogo entre governo e representantes profissionais.

Para encerrar os trabalhos, o Relator da Subcomissão, Deputado Rogério Carvalho, apontou a existência de denominadores comuns em todas ou na grande maioria das intervenções, como na questão da estruturação de carreiras e na importância de criação de espaços de discussão entre operadores sistêmicos e representantes das categorias profissionais da saúde.

Destacou que tal espaço não teria como característica a discussão de questões específicas de uma categoria, mas para tratar objetos claros, que dizem respeito ao trabalho em saúde, ao exercício profissional na área da saúde, para garantir atenção integral, acesso universal aos brasileiros.

Finalizou reiterando o compromisso de apresentar às entidades do setor o resultado e as conclusões do trabalho da Subcomissão.



## 5. ORDENAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA DE SAÚDE DO REINO DA BÉLGICA

### 5.1. Panorama do Sistema de Saúde Belga

Antes de abordarmos os temas que nos dispusemos a estudar no sistema belga de saúde, a formação, distribuição, regulação de recursos humanos e a educação permanente, é premente que se faça uma explicação inicial acerca do sistema como um todo. Neste sentido, o primeiro aspecto importante é identificar que o sistema de saúde da Bélgica molda-se conforme aspectos da estrutura do próprio Estado belga. Destarte, o fato de ser um reino é de notável relevância, assim como ser sua estrutura estatal organizada de acordo com a federação bilíngue que a ela se identifica.

A Bélgica é composta de três regiões: Flandres (ao norte), Valônia (ao sul) e Bruxelas (área bilíngue dentro de Flandres). Por ser um país com três línguas oficiais (holandês, francês e alemão), o país divide-se também segundo as comunidades a) falante de língua holandesa, situada em sua maioria na região de Flandres; b) francófona, predominantemente na região da Valônia; c) germanófona, minoria situada ao leste da Valônia.

As comunidades são responsáveis por diversos assuntos, relativos à cultura, educação, assistência aos indivíduos e políticas de saúde. Este último item engloba promoção de saúde e prevenção de doenças, cuidado às crianças e mães, serviços sociais, serviços ambulatoriais e atenção à saúde em instituições.

Por sua vez, cabe ao governo federal a regulação e o financiamento de seguro de saúde obrigatório, hospitais, qualificações profissionais, produtos farmacêuticos. As competências no nível federal são compartilhadas entre o Serviço Público Federal (SPF) - de Saúde, Segurança da Cadeia Alimentar e Meio-Ambiente – e pelo Instituto Nacional de Assistência à Saúde e Invalidez (INASI).

O Serviço Público Federal é competente para organizar e financiar instituições de atenção, organizar e planejar as profissões de saúde, fornecer assistência médica urgente e gerir crises, realizar colaboração e consultas internacionais, fornecer suporte técnico e administrativo para organismos de comunicação, aconselhamento e consulta.



Ao SPF estão vinculados: o Centro de Pesquisa Veterinária e Agroquímica, o Instituto Científico de Saúde Pública e o Conselho Superior de Saúde. Ademais, a Agência Federal para Segurança da Cadeia Alimentar e a Agência Federal para Drogas e Dispositivos Médicos, responsável pela qualidade, segurança, e efetividade de produtos medicinais em sentido amplo, trabalham de forma próxima ao SPF.

Por fim, a Bélgica dispõe de sete Ministros de Saúde, que se encontram três vezes por ano em uma Conferência Interministerial para coordenar suas políticas de saúde por meio de acordos cooperativos e memorandos de compreensão.

No ambiente político-partidário, quando observado sob perspectiva histórica, pode-se identificar três grupos ideológicos principais: liberais, socialistas e católicos. Em cada um deles verifica-se a conformação de partidos políticos, organizações trabalhistas, meios de imprensa e seguros de saúde.

As principais características do Sistema de Saúde Belga são: solidariedade no financiamento, liberdade de organização, e controle e governamental com execução por entidades privadas não-lucrativas.

A primeira consiste em seguro social obrigatório e amplo baseado na solidariedade entre pessoas doentes e saudáveis, jovens e idosas, empregadas e desempregadas, ricas e pobres, e cujo pacote de benefícios é amplo.

A liberdade de organização, por sua vez, é constituída pela liberdade dos pacientes em escolherem seus médicos e pela liberdade de que os médicos dispõem para escolher as terapêuticas que julguem adequadas ao tratamento do paciente.

Por fim, hospitais e a maioria dos médicos são independentes, e os últimos também autônomos. Há hospitais públicos e privados, mas todos são sem fins lucrativos. Destarte, cabe ao Estado, essencialmente, o controle, posto que a execução está a cargo de organizações não lucrativas em sua maioria privadas.

As principais vantagens apontadas pelos belgas em seu sistema de saúde são a acessibilidade, configurada pela ausência de listas de espera tanto para clínicos gerais, quanto para especialistas e hospitais (média



de 2.9 médicos em atividade para cada 1000 habitantes – 2009); a equidade, caracterizada pelo fato de pessoas de todos os grupos socioeconômicos poderem arcar com os custos do cuidado com a saúde; alta qualidade, pois conforme pesquisa realizada comparativamente com outros países da Europa (Eurobarometer, 2010) a Bélgica dispõe do melhor índice de avaliação pela população – 65% considera o sistema de saúde belga melhor quando comparado ao de outros estados membros da União Européia.

Por outro lado, as principais desvantagens estariam relacionadas à eficácia e à responsabilização. No que tange a eficácia, na década de 80 havia excesso de capacidade (hospitais, médicos e equipamento médico de alta complexidade). Além disso, estudos do Departamento de Atenção à Saúde do INASI demonstram aumento da exposição à radiação médica, apesar das recomendações científicas.

A respeito da responsabilização, uma das componentes da accountability, a existência de diversas instâncias e atores presentes na negociação, que envolve governo federal, seguradoras de saúde, classes profissionais, além daquelas realizadas entre os níveis federal e regionais, dificulta a identificação de responsáveis pelo cidadão, que perde a referência para avaliação.

Para contornar os problemas acima apontados, as políticas governamentais foram, respectivamente, controle da oferta e dimensionamento do desempenho. Para controlar a oferta de hospitais, a) alterou-se o sistema de financiamento, que deixou de ser baseado na infraestrutura instalada e passou a ser calculado de acordo com o desempenho, b) introduziram-se e ampliaram-se padrões mínimos de qualidade para serviços médicos, e c) efetuaram a fusão de alguns hospitais. Neste sentido, a oferta de hospitais de atenção especializada caiu de 285, na década de 80, para 112 em 2008.

Já com relação à oferta de profissionais de saúde, além da licença necessária à prática da profissão, médicos, fisioterapeutas e dentistas estão sujeitos a planejamento. O governo passou a equilibrar oferta e demanda a partir destes mecanismos, promovendo a oferta quando ela encontrava-se mais baixa que a demanda. Esse processo será abordado de forma mais aprofundada nas seções específicas deste relatório dedicadas ao planejamento de recursos humanos do sistema belga.



O dimensionamento do desempenho e os dados levantados possibilitaram a identificação de evoluções nos serviços ambulatoriais e na atenção diária, ou seja, superação de alguns dos problemas relativos à eficácia.

Ainda quando considerados os pontos críticos identificados no sistema de saúde belga podemos salientar a importância da legitimidade nele instituída por meio das constantes interações entre governo e demais atores, institucionalizadas de forma a tornar o sistema um produto do interesse social.

## **5.2. O Sistema de Atenção à Saúde Belga e o Seguro Obrigatório de Saúde**

O Sistema Belga de Atenção à Saúde é organizado, principalmente, em dois níveis. O nível federal cuida do seguro de saúde obrigatório, do financiamento de hospitais e unidades de atenção especializadas, do registro e controle de preços de remédios, etc. As entidades federadas, por sua vez, são responsáveis por promoção e prevenção de saúde, diferentes aspectos de cuidado aos idosos e financiamento de hospitais, etc.

As comunidades são responsáveis por uma série de questões associadas à língua e cultura, e as regiões o são por uma série de questões relacionadas ao território.

Com relação à estrutura organizacional, no nível federal encontram-se o Parlamento e, no âmbito do Executivo, o Ministério de Assuntos Sociais e Saúde Pública. Associados ao Ministério estão diversos departamentos, agências e órgão Consultivos: Sistema Público Federal – SPF - de Saúde, Segurança da Cadeia Alimentar e Meio-ambiente, Sistema Público Federal – SPF - de Seguridade Social, Instituto Nacional de Assistência à Saúde e Invalidez – INASI -, Escritório Nacional de Seguridade Social, Agência Nacional para Remédios e Produtos de Saúde, Autoridade Supervisora de Fundos de Saúde e Associações Nacionais de Fundos de Saúde, Agência Federal de Controle Nuclear, Instituto Científico de Saúde Pública, Conselho Nacional sobre Instalações Hospitalares, Estrutura Multipartite de Consulta para Políticas Hospitalares, Centro de Conhecimento sobre Atenção a Saúde, Conselho Superior de Saúde, Conselho Nacional de Enfermagem.



As comunidades dispõem de seus próprios parlamentos e Ministérios de Saúde, e os Ministros, Federal e das Comunidades, reúnem-se em Conferência Interministerial sobre Políticas de Saúde.

Além dos atores governamentais, estão envolvidos no nível federal os fundos de seguro de saúde, os provedores de atenção à saúde e os assegurados. Relevante apontar que o sistema de saúde belga conta com mecanismos de mutualidades, cuja função é balancear possíveis desequilíbrios existentes para assegurar que todos disponham da atenção à saúde de que necessitam.

O SPF de Seguridade Social e de Saúde Pública, Segurança da Cadeia Alimentar e Meio-ambiente exercem papel de regulação dos parâmetros estabelecidos pela legislação sobre qualificações profissionais, hospitais e unidades de cuidado especializado, e registro e controle de preço de farmacêuticos.

O INASI realiza a gestão administrativa e financeira dos seguros de saúde. Estruturalmente ele é composto por órgãos de gestão, órgãos de seguro e órgãos científicos. Os órgãos de gestão são o Conselho Geral, com representação do governo, empregadores e empregados, e fundos dos seguros de saúde, e o Comitê de Seguro, com representação também dos fundos de seguro de saúde e dos provedores de assistência. Os órgãos de seguro são as Comissões de Acordos e Convenções e as Mesas Técnicas. Os órgãos científicos são a Mesa Científica de Doenças Crônicas, a Mesa Nacional para Promoção da Qualidade e o Comitê de Avaliação para Prescrição de Drogas.

Os fundos de seguro de saúde são organizações privadas e sem fins lucrativos que realizam o reembolso a todos os assegurados. A forma pela qual se organizam possibilita a negociação de preços e taxas coletivamente, o funcionamento do sistema de mutualidades e a difusão de informação dentre as pessoas. O INASI é a autoridade administrativa que controla e supervisiona esses fundos.

Os recursos para o financiamento do sistema de atenção à saúde são provindos de contribuições dos empregadores (3,55% do salário), empregados (3,8 % do salário) e dos trabalhadores autônomos, de impostos e subsídios governamentais, de fontes externas, como as companhias de seguro



e a indústria farmacêutica. Uma pequena parte provém de seguros privados de saúde.

No processo de definição do Orçamento da Saúde, o projeto é elaborado primeiramente pelos Comitês de Acordos e Convenções, passando pelo Departamento Estatístico Técnico, pelo Comitê de Controle Orçamentário, pelo Comitê de Seguros, pelo Conselho Geral, seguindo finalmente ao Ministro de Seguridade Social. Se for rejeitado em qualquer destas instâncias, retorna a todas as outras.

O orçamento da Saúde em 2011, 2012 e 2013 (estimativa) foram, respectivamente 25,87; 25,63 e 26,33 bilhões de euros. Em 2010, o total de gastos com saúde correspondeu a 10,5% do PIB e a 100 dólares per capita. Na Bélgica, o gasto público com saúde correspondeu a 75,6% de todos os gastos com saúde. Os custos da atenção à saúde, no sentido amplo, são majoritariamente provenientes de três fontes: a) comunidade (76,4%); b) pacientes (17,7%), seguradoras privadas (5,9%).

Dentre os objetivos do sistema belga apontados pelos especialistas estão: aumentar a acessibilidade, manter a sustentabilidade financeira e assegurar a qualidade da atenção à saúde. Atualmente quase a totalidade da população dispõe de cobertura (sistema baseado na estrutura familiar). As condições de admissibilidade são a participação compulsória em fundo de seguro à saúde, pagamento de contribuição mínima e período de carência de 6 meses.

A cobertura inclui atenção preventiva e curativa em 25 categorias, dentre as quais se destacam a atenção médica ordinária (clínicos gerais e especialistas), cuidado dental, produtos farmacêuticos, intervenção para internação hospitalar ou tratamento em instituição de atenção à saúde, ajuda necessária à revalidação, etc. Não inclui, entretanto, tratamentos estéticos e outros que não se adequem ao critério de reembolso.

As taxas e tarifas são aplicadas por serviço ou por entrega de remédio, e podem ser fixas ou mistas. Elas são estabelecidas em convenções, em acordo com uma Comissão Nacional Conjunta e sujeitas à aprovação pelos órgãos de gestão e pelo Ministro, bem como à adesão de, no mínimo, 60% dos provedores de atenção à saúde. Caso não haja acordo, mantém-se a tarifa de referência ou a tarifa estabelecida pelo governo.



O sistema funciona por meio de reembolso, que é em regra, a posteriori. O paciente assegurado realiza o pagamento quando da prestação da assistência e é posteriormente reembolsado pelo valor pago menos a contribuição devida. Hospitais (compulsoriamente) e farmácias de varejo estão sujeitas a regra especial, de “terceiro pagante”, em que os pacientes pagam apenas a contribuição devida e os provedores devem requerer diretamente aos fundos de seguro de saúde o pagamento.

Os benefícios sujeitos a reembolso são definidos legalmente pelo pacote de atenção à saúde, que estabelece a nomenclatura de serviços médicos e tabela de preços e lista de remédios qualificados para reembolso. Os serviços, quantidades e condições sobre as quais são reembolsados são determinados pelo INASI, após consulta de vários atores envolvidos (provedores, universidades, fundos de seguro) e ratificação dos órgãos de gestão e do Ministro (considerados os limites orçamentários).

O seguro arca, em geral, com 75% das tarifas convencionais de atenção médica. Esta porcentagem é variável nos gastos com farmacêuticos, de acordo com a categoria e valor terapêutico. Nas situações de hospitalização, o seguro paga uma taxa pela admissão mais taxa por dia de estadia. Existem alguns mecanismos de correções sociais. Em média, a contribuição individual dos assegurados corresponde a 7,07% (2007) do custo global.

As principais características do sistema belga são seguro social compulsório, cobertura que se aproxima à universal, as tarifas e preços são resultado de acordos entre parceiros sociais, fundos de seguro à saúde e provedores de atenção à saúde, o paciente dispõe de liberdade de escolha do provedor de atenção, e este a de escolher a terapêutica adequada, preços em geral razoáveis, bons índices de acessibilidade, princípio de solidariedade social (contribuições da população completadas por contribuições do governo), taxa do provedor é baseada principalmente no serviço médico fornecido, ampla oferta de provedores de saúde, foco na organização vertical (estrutura com compartimentos).

### **5.3. Planejamento da Força de Trabalho e Distribuição Regional**

“O planejamento da força de trabalho é a avaliação sistemática da necessidade futura de força de trabalho humana e a



determinação das ações necessárias para que essas necessidades sejam contempladas". Esta é a definição do Comitê de Aconselhamento para a Força de Trabalho Médica Australiana, utilizada pelo sistema belga e oportunamente apresentada pelo Sr. Pieter Jan Miermans.

O planejamento é necessário para manter a qualidade da atenção à saúde por meio da manutenção de profissionais qualificados, para o gerenciamento de despesas, visto que o excesso de profissionais de saúde pode levar a aumento induzido da demanda, e para reduzir e prevenir desequilíbrios geográficos.

A Comissão de planejamento e os Grupos de Trabalho são compostos por representantes de Universidades, Companhias de Seguro de Saúde, Profissões da Saúde, Governos Federal e Regionais e INASI. A Comissão aconselha o Ministro de Saúde Pública, obrigatoriamente para fixação de quota de profissões de saúde, ou ainda, em outros casos, a pedido do Ministro ou por iniciativa da Comissão. A Célula de Planejamento do SPF de Saúde Pública fornece suporte administrativo e estatístico em todo o processo.

A quota supracitada consiste no numero máximo de novos profissionais no Sistema de Seguro de Saúde Nacional por ano, e objetiva controlar os gastos do sistema nacional de saúde, evitar a perda de habilidades por falta de prática e proteger o nível salarial dos profissionais de saúde. O sistema de educação é organizado de forma a colocar no mercado o número de recém-graduados de acordo com a quota estabelecida, controlando o acesso às profissões.

Atualmente existem planejamentos específicos para as profissões de médicos e dentistas (acesso à especialização), fisioterapeutas (acesso à prática privada). Ademais existe a construção de políticas para evitar a insuficiência de profissionais de enfermagem no futuro.

A quota é determinada por modelo matemático que contabiliza o estoque (reserva e oferta de profissionais), a afluência (novos profissionais) e a evasão (profissionais que deixam a profissão).

Devido à dificuldade em se preverem as necessidades (demanda), elas são indiretamente identificadas por meio de indicadores de escassez: dificuldades dos hospitais em contratar profissionais, excesso de trabalho para os profissionais existentes, existência de listas de espera para



pacientes, dificuldade dos pacientes em localizarem profissionais de saúde disponíveis.

Para fins de planejamento as necessidades futuras são traduzidas em objetivos mensuráveis, ou seja, estabelecendo um número de profissionais necessários a cada 100.000 habitantes. A definição deste objetivo é baseada em análise de necessidades de saúde a população e nas prioridades políticas.

O modelo matemático é uma ferramenta que calcula o efeito da possível quota no número futuro de profissionais, mas ele não define quantos profissionais são necessários. A necessidade é definida pelos tomadores de decisão no cenário político, com base nas necessidades da população.

No que tange a distribuição geográfica de profissionais de saúde, o sistema belga considera o fato de serem essencialmente profissionais liberais, livres para escolherem seus locais de trabalho, de forma que a escolha pode apenas ser influenciada indiretamente por políticas públicas. Para embasá-las são utilizadas projeções das densidades demográficas de profissionais por habitante por área.

Para áreas rurais e remotas, em que a oferta é deficiente, o governo oferece incentivo financeiro para médicos de 20 mil euros para instalação em zonas que tenham baixa densidade de clínicos gerais, mais possibilidade de empréstimos sem juros. No caso de a atividade não ser mantida pelo período mínimo de cinco anos, o profissional deve reembolsar os benefícios recebidos.

Outro fator utilizado para planejamento da saúde é a composição das comunidades linguísticas, transformando a quota nacional em quotas regionais por meio de proporções.

Outras medidas possíveis, ainda não implementadas, são: internato obrigatório em áreas de baixa densidade, organização da atenção médica em práticas de grupo para aumentar a atratividade da profissão, número nacional para períodos após o expediente com triagem das chamadas (1733 projetos pilotos) para melhor utilização dos recursos disponíveis.



#### **5.4. O Exercício das Profissões de Saúde**

A referência para o exercício das profissões de saúde no sistema belga é o Decreto Real n° 78, de 10 de novembro de 1967, que dispõe sobre as condições para o exercício das profissões.

Do ponto de vista dos usuários, a demanda é de solução para um problema de saúde por um profissional qualificado e legalizado, por preço razoável. Neste sentido o sistema procura atender a esta demanda estabelecendo normas para as profissões de saúde (direitos e obrigações para o exercício), para os subsídios e planejamento, e financiamento do sistema objetivando melhoria da qualidade.

No que tange a relação entre SPF de Saúde Pública e o INASI, é relevante salientar que o fato de o sistema ser baseado em seguros de saúde privados e não-lucrativos e controlados pelo aparelho governamental, o exercício regular da profissão é essencial posto que condiciona o reembolso (do paciente, em regra, e dos provedores, na situação de terceiro pagante).

O departamento do SPF de Saúde Pública responsável pela coordenação das profissões de atenção à saúde organiza-se em três células responsáveis por: estratégia para profissões médicas, dentistas e farmacêuticos hospitalares; estratégia para as demais profissões de saúde (enfermeiros, paramédicos, fisioterapeutas, etc); planificação da oferta de profissionais de saúde.

O Decreto Real n° 78 define título legal e nome das profissões, condições do treinamento necessário, atividades e limitações, critérios para reconhecimento e procedimentos para a obtenção de visto de acesso à prática, requisitos para manutenção do título e ainda que o reconhecimento seja fornecido pelo Ministro de Saúde Pública.

As determinações do Decreto Real visam a proteger o exercício da profissão para garantir ao paciente que o profissional de saúde tenha recebido educação e treinamento profissional compatíveis com os acordos sociais. Destarte a admissão ilegal de pacientes é punível, assim como o impedir um profissional de exercer sua função. Exceções à regra existem para estudantes e profissões discriminadas, bem como nos períodos de guerra. O Ministro de Saúde Coletiva é o responsável por manter o equilíbrio entre órgãos de aconselhamento (recomendações para reconhecimento de Comissão/Conselho composto por representantes das classes profissionais e



organizações) e a administração governamental (que controla os procedimentos legais estabelecidos).

Historicamente o Decreto mostrou-se instrumento dinâmico de controle do exercício profissional, admitindo alterações conforme mudanças no ambiente social que foram incorporadas após consenso entre os atores envolvidos (sociedade, fundos de seguro, classes profissionais, órgãos técnicos e científicos e administração). As alterações são demandadas pelas organizações profissionais do campo relacionado, e recomendadas ao Ministro pelos órgãos consultivos, devendo ser por ele aprovadas.

Ainda assim vislumbram-se desafios futuros relativos à evolução contínua das profissões de saúde e às mudanças na estrutura hierárquica do ambiente de trabalho da saúde, bem como as tendências a diferenciação e especialização e as possibilidades de mobilidade internacional dos profissionais de saúde.

### **5.5. Reconhecimento de médicos e dentistas na Bélgica**

O reconhecimento dos profissionais de saúde é um sistema de controle do acesso à profissão de saúde e ao seu exercício profissional com o objetivo de garantir a qualidade da atenção, provendo proteção aos pacientes e aos próprios profissionais de saúde. Os médicos podem ser clínicos gerais ou especialistas (inúmeras áreas de especialização). Os dentistas podem ser gerais ou especializados (ortodontistas ou periodontistas).

Há uma Comissão de Reconhecimento para cada profissão de saúde composta por representantes das Universidades e das organizações profissionais relativas a cada profissão. As Comissões aconselham o Ministro no que diz respeito ao plano de internato apresentado pelo candidato e aos requerimentos de reconhecimento.

Há ainda um Conselho Superior de Médicos Especialistas e Clínicos Gerais, composto por representantes das Universidades e das organizações profissionais. Metade dos membros são clínicos gerais e metade são médicos especialistas. O Conselho oferece recomendações ao Ministro sobre critérios de reconhecimento de clínicos gerais, médicos especialistas, serviços de internato, requerimentos para reconhecimento de supervisor de



internato ou serviço de internato e apelações de candidatos contra recomendações das Comissões de Reconhecimento.

O Conselho de Odontologia, composto de representantes das Faculdades de Odontologia e das associações profissionais, aconselha o Ministro sobre critérios de reconhecimento de dentistas, supervisores de estágio ou serviços de estágio, requerimentos para reconhecimento de supervisor de estágio ou de serviço de estágio, e apelações de candidatos contra as recomendações das Comissões de Reconhecimento.

O processo é composto de quatro fases: 1) admissão para exercer a profissão; 2) treinamento profissional; 3) atribuição do título; 4) manutenção do reconhecimento.

Na primeira fase, para ser autorizado a exercer a profissão, o candidato deve ter um diploma de “Mestre em Medicina” ou “Mestre em Odontologia”, ou equivalente, deve ter recebido um visto do Sistema Público Federal, e será inscrito na Câmara correspondente (Câmara de Médicos ou Câmara de Odontologia). A admissão para o exercício da profissão não significa posse de um título profissional individual, que somente será obtido após completar o internato/estágio, cuja duração depende da especialidade escolhida. Uma vez obtido o título, o profissional poderá praticar conforme o quadro do INASI, ou seja, seus pacientes serão reembolsados.

O treinamento profissional é composto do plano de estágio/internato e da análise do livro de registros. O plano de estágio deve ser acordado com um supervisor ou supervisores para toda sua duração, deve ser acompanhado de contrato de emprego com o hospital, clínico geral ou dentista, e será acompanhado de prova para registro na Câmara correspondente. Assim que o plano de estágio é aprovado o candidato recebe um livro de registros do SPF, em que deve registrar todas as atividades realizadas no treinamento. Ao final de cada ano, o livro deve ser encaminhado à Comissão de Reconhecimento, juntamente com relatório pessoal do candidato e avaliação do supervisor, para a devida análise.

Ao fim do período de treinamento o formulário de solicitação de reconhecimento é submetido à Comissão de Reconhecimento. Para que a solicitação seja aprovada é necessário: 1) que o treinamento esteja completo; 2) que a avaliação dos supervisores seja positiva; 3) que o candidato tenha completado de forma bem sucedida seu treinamento de Mestrado; 4) e,



no caso dos clínicos gerais, que tenha participado dos serviços de horas-extras necessários. Assim que novos reconhecimentos forem concedidos o INASI atribui-lhe um número, e está completa a atribuição do título.

Para garantir a qualidade da assistência fornecida, estabeleceram-se critérios de manutenção do reconhecimento, aplicáveis até o momento somente a clínicos e dentistas gerais. Eles são baseados na atividade profissional mínima nas referidas áreas e consistem em educação permanente.

## **5.6. Outros órgãos do Sistema Belga**

### **5.6.1. Comissão Médica Provincial**

A Comissão Médica Provincial foi instaurada em 1818 com o objetivo de ser a primeira autoridade médica e sanitária do Reino Unido da Holanda, o império pós-napoleônico dos Países Baixos. Com a independência belga em 1831 a Comissão não sofreu alterações. Em 1967 a legislação foi alterada e o Decreto Real nº 78 estabeleceu a composição da Comissão, com representação das profissões existentes. Com o tempo a composição foi alterada de forma a incluir as novas profissões.

A Comissão aconselha em assuntos de saúde pública e estimula a colaboração entre profissionais de saúde a respeito de doenças transmissíveis. Além disso, ela verifica a autenticidade de diplomas da área de saúde, avalia as habilidades físicas e psicológicas dos profissionais de saúde, entrega e retira vistos para exercício profissional (para as profissões em que esta competência não é centralizada – sem Comissões próprias), notifica a justiça a respeito de práticas ilegais, notifica as respectivas Câmaras e o ministério sobre ações ou decisões tomadas quanto a profissionais de saúde, supervisiona horas extras e venda de drogas.

### **5.6.2. Câmaras Profissionais**

Instaurada em 1938, a Câmara Médica também tem estrutura provincial. Ela é de natureza deontológica e possui poderes disciplinares, mas as sanções por ela estabelecidas estão sujeitas a recurso.



Já a Câmara de Farmacêuticos foi instaurada em 1949, e seus poderes e estrutura são similares a Câmara Médica. Há preparativos para a criação de uma Câmara de Odontologia. Uma proposta de Câmara para Fisioterapia foi rejeitada em 2007, ao passo que não há consenso para criação de Câmara de Enfermagem ou de uma Câmara Geral. Nos casos em que não há a instância da Câmara, a autoridade deontológica permanece com a Câmara Provincial, mas sem poderes disciplinares.

#### 5.6.3. Funcionamento da Comissão Provincial e Câmaras profissionais

Destarte, quando há um problema físico ou psicológico relativo a atuação de um profissional a Comissão provincial suspende seu registro e notifica a Câmara correspondente e a Justiça, se necessário. Se o problema for de natureza deontológica a ação cabe à respectiva Câmara, que informa a Comissão para a suspensão do registro. No caso de o problema ser de natureza jurídica a ação caberá à Justiça, que informará a Comissão e, se constatado perigo à saúde pública, o registro será suspenso.

Relativamente ao registro dos profissionais, há apenas lista dos registrados, não dispondo o sistema belga de uma “lista negra” dos profissionais que não podem exercer a profissão. O sistema é, destarte, positivo para salvaguardar o sistema público de saúde e a oferta de serviços de saúde. Por outro lado a ação da Comissão e das Câmaras é essencialmente reativa, sendo destituída de pro atividade.

### 5.7. Formação de profissionais

#### 5.7.1. Universidade Livre de Bruxelas – Campus Erasme

O propósito do campus visitado é dispor de treinamento para todos os profissionais de saúde, o que se torna viável devido à localização do Hospital Universitário, que atrai a faculdade de Medicina, a Escola de Saúde Pública, a Escola de Enfermagem, e no futuro próximo a Faculdade de Farmácia. O Hospital é de dimensões grandes, proporcionalmente à Belgica: dispõe de cerca 800 leitos, que se aproximam de 1000 quando contabilizados os leitos isolados ou quartos com dois leitos cada. Está entre os maiores hospitais da Bélgica. Incluídas as atividades da Faculdade de Medicina, da Escola de Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Mestrados de especialização, Estudos de Motricidade, ao todo, estudam no campus cerca de 5650 futuros profissionais de saúde.



O hospital emprega cerca de três mil pessoas, dentre os quais, em média, quatrocentos médicos e mil e quinhentos profissionais de enfermagem. As atividades são intensas: a média de consultas e atos técnico-médicos é de 1350 por dia; aproximadamente 800 pacientes hospitalizados, e cerca de seis a sete mil passagens por dia na entrada principal.

Ademais, a ULB mantém rede de relacionamento com outros hospitais públicos e privados que dispõem de suas próprias gestões. Diferencia-se por dispor, além dele do hospital universitário Erasme, de dois outros hospitais especializados, respectivamente, em pediatria e oncologia. O hospital de oncologia encontra-se ultrapassado e será reconstruído nas proximidades do hospital Erasme. Sua conclusão está prevista para 2018.

Pontos de destaque no ambiente acadêmico apresentado são: proximidade e colaboração entre as faculdades e o hospital, rede internacional de cooperação, desenvolvida infraestrutura de laboratórios, pesquisas experimentais e utilização de alta tecnologia. Segundo o Professor Yvon Englert, Decano da Faculdade de Medicina, outro ponto positivo seria o deslocamento dos estudantes dentre diversos hospitais, que propicia o conhecimento de ambientes de trabalho distintos.

#### 5.7.2. Método e Currículo do Curso de Medicina

No tocante ao currículo adotado, o país encontra-se em fase de transição, devido à alteração do número de anos necessários à formação de médicos, que passou de sete para seis anos. A eles correspondem três anos de bacharelado e três anos de mestrado.

Ao fim dos seis anos de formação o profissional médico ainda não dispõe de reconhecimento para o exercício, e sim para o treinamento, cujo tempo varia de acordo com a área de atuação escolhida.

O ano letivo é dividido em dois períodos, o primeiro período de setembro a janeiro, ao final do qual os estudantes são submetidos a testes para avaliação do aprendizado. O segundo período estende-se de fevereiro a junho.

Os últimos meses do bacharelado são dedicados ao estudo das doenças, ou seja, os estudantes são treinados para identificação das patologias (Semiologia). Ao final do mestrado, por sua vez, eles são submetidos a testes de conhecimento - são avaliados por um júri a respeito do conhecimento de que deveriam dispor. Além disso, devem apresentar seus relatórios finais.



O Mestrado Complementar tornou-se obrigatório na União Europeia, e por este motivo depois da formação regular os estudantes ainda devem passar por, ao menos, mais três anos de estudos, conforme a área escolhida. Entretanto, durante os estudos do mestrado complementar os estudantes já atuam na prática enquanto profissionais. A autorização para treinamento é fornecida tanto aos estudantes como aos supervisores pelo Ministro da Saúde. Após o tempo necessário de treinamento, o reconhecimento para o exercício também é fornecido pelo Ministro da Saúde. O reconhecimento é o que possibilita o reembolso pelo sistema público federal de saúde.

O método de ensino é, desde os primeiros anos da formação, misto, conjugando o modelo flexneriano predominante a situações de caso-problema, na forma de exercícios e atuação prática. O currículo incorpora também, desde o princípio, cursos sobre saúde coletiva, economia da saúde, estudos sobre financiamento da atenção à saúde.

#### 5.7.3. Aspectos Gerais

Dentre as questões de destaque sobre a formação de recursos humanos na Bélgica está o fato de os clínicos gerais não estarem aumentando de número, mas os especialistas sim. O fenômeno parece estar relacionado à remuneração. Enquanto a maioria das especialidades dispõe de tecnologias desenvolvidas sobre as quais são mensuradas as remunerações dos atos médicos relacionados, em algumas outras atividades, como clínica geral, pediatria, psiquiatria, a tecnologia e a aplicação do conhecimento são desenvolvidas na interação com o paciente, e sua mensuração prévia para contabilização na remuneração é, se não impossível, difícil.

Nos anos recentes os dados apresentados no cenário belga mostram que o quadro está lentamente sendo revertido por políticas governamentais – o governo federal instituiu Comitês que determinam as quotas para cada área de atuação. Entretanto, a questão da remuneração baseada em tecnologia industrial previamente desenvolvida preocupa os especialistas belgas. Neste sentido, o Professor Yvon Englert desenvolve pesquisa para que os custos sejam atribuídos às patologias e posteriormente redistribuídos dentre os profissionais envolvidos na atenção à saúde, o que considera o melhor caminho para a solução do problema. A remuneração por patologia incentivaria que a atuação médica fosse mais eficiente, almejando a



cura sem necessariamente utilizar-se dos meios mais dispendiosos e permitindo que os recursos excedentes fossem reinvestidos na própria saúde.

Atualmente, cada hospital conta com Conselho Médico e respectivo Gerente, e na maioria dos hospitais organizaram-se fundos de solidariedade entre os médicos cujo fim é redistribuir os ganhos desproporcionais, com o intuito de evitar escassez de médicos em determinadas áreas essenciais.

### **5.8. Acreditação de profissionais**

A acreditação de profissionais de saúde corresponde à educação permanente e atípicamente, quando comparada aos demais Estados-membros da União Europeia, é de caráter voluntário na Bélgica. Entretanto, para os médicos que optem por realizá-la, a administração oferece incentivos financeiros: anuidade de 600 euros e aumento nas contribuições recebidas.

As condições para ter direito aos benefícios acima apontados são: registro e compartilhamento dos arquivos dos pacientes, comportamento prescricional “decente”, atividade mínima (1250 consultas por ano para clínicos gerais e 13 horas de atividade por semana para especialistas), e educação strictu sensu, de carga de 20 créditos a cada 12 meses (1 crédito para 1h).

Os créditos podem ser utilizados com diversos tipos de educação, dentre eles, grupos locais de avaliação médica, que consistem em encontros para intercâmbios de prática. Podem ter de 8 a 25 membros, com o mínimo de 4 encontros em um ano, e cada membro deve participar ao menos de dois. Outras opções seriam, leituras, workshops, educação à distância, publicações, etc. Mas excluem-se leitura de jornais médicos, participação de comitês éticos, juris, dentre outros.

A participação dos clínicos gerais atingiu em média 54,57% dos profissionais. O total gasto na política de educação permanente em 2010 foi de 209,4 milhões de euros, motivo pelo qual setores do governo e da academia a consideram ineficiente.

A Estrutura Administrativa é composta de 29 Comitês Conjuntos (cada um com 1 Clínico Geral, 1 médico de cada especialidade oficialmente reconhecida, 12 membros das uniões, 12 membros representando



as universidades e as organizações científicas); 1 Comitê de Direção da Acreditação (12 membros das uniões, 7 membros das universidades e organizações científicas e 12 membros dos fundos de seguro à saúde); e 1 Comissão de Recursos (4 membros de sindicais profissionais, 4 membros das universidades e organizações científicas, 4 membros dos fundos de seguro à saúde).

Com relação à eficácia, o sistema tradicional de educação permanente baseado em leitura mostrou-se ineficaz em alterar o desempenho dos profissionais de saúde e melhorar a atenção ao paciente. As experiências com grupos de avaliação também demonstraram problemas, pois não atingiam o objetivo proposto na ausência de fiscalização estatal em todos os momentos. As alternativas possíveis podem ser: workshops interativos ou técnicos, avaliação da prática, portfolio, dentre outros.



## 6. ANÁLISE COMPARATIVA DOS RECURSOS HUMANOS SISTEMAS BRASILEIRO E BELGA DE SAÚDE

Aspecto	Subaspecto	Brasil	Bélgica
		(Principais características; Instâncias; Atores)	(Principais características; Instâncias; Atores)
Estado	Forma de Estado	Federação	Federação
	Forma de Governo	República	Monarquia
	Sistema de Governo	Presidencialismo	Monarquia Constitucional Parlamentar
	Regime	Democrático	Democrático
Sistema de Saúde	Princípios	Universalidade, Integralidade, Igualdade, Descentralização.	Solidariedade no financiamento, liberdade de organização, equidade, universalidade.
	Funcionamento	Prestação da assistência pelo SUS aos cidadãos	Seguro obrigatório, gerido por fundos de organização social e controlados pelo INASI. Reembolso pelo serviço acessado.
	Direção	Ministério da Saúde	Ministério de Assuntos Sociais e Saúde Pública: SPF de Saúde Segurança da Cadeia Alimentar e Meio Ambiente; INASI
Formação	Definição de matriz curricular	Ministério da Educação	Decreto Real 78 de 1967
	Estrutura disponível	Ministério da Educação	Ministério de Assuntos Sociais e Saúde Pública
	Direção e Coordenação	Ministério da Educação	Ministério de Assuntos Sociais e Saúde Pública
	Vagas	Ministério da Educação	Comissão de Planejamento e Grupos de Trabalho (Universidades, Fundos, Profissões, SPF, INASI, Governos Regionais)
Planejamento, Distribuição e Fixação	Quotas para o exercício	-	Comissão de Planejamento e Grupos de Trabalho (Universidades, Fundos, Profissões, SPF, INASI, Governos Regionais)
	Incentivo ao exercício em áreas de baixa densidade	Ministério da Saúde - precariamente	Ministério de Assuntos Sociais e Saúde Pública - SPF de Saúde Pública
Regulação do Exercício	Definição das profissões e competências	Ministério da Educação	Decreto Real 78 de 1967



	Alteração das competências profissionais	Ministério da Educação	Recomendação das Comissões e Organizações Sociais ao Ministério de Assuntos Sociais e Saúde Pública.
	Registro	Conselhos Federais	Comissão de Reconhecimento por Profissão (Universidades e profissionais), Ministério da Saúde
	Fiscalização deontológica e disciplinar	Conselhos Federais	Câmara Médica Provincial, Câmaras Profissionais
<b>Acreditação</b>	Definição das condições	Quando há, realizada por associações de especialistas.	Instrumento legal, norma. Voluntária, sujeita a incentivos financeiros.
	Fiscalização		Comitês Conjuntos (médicos, universidades e organizações científicas); Comitê de Direção uniões, universidades e organizações científicas, fundos de seguro); Comissão de Recursos (sindicatos, universidades e organizações científicas); fundos de seguro à saúde



## 7. ORDENAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: O PAPEL DA SUBCOMISSÃO RH-SUS

A missão da Subcomissão de RH—SUS já destacada deve partir da necessidade, em primeiro lugar, que se estabeleça a quem cabe definir o que são “recursos humanos para saúde”, ou, em outras palavras, o que são profissões de saúde.

Uma vez definidas quais são tais profissões, torna-se imprescindível determinar que capacidades, habilidades e competências devem ter cada uma dessas categorias profissionais e, consequentemente, quais os conteúdos que os cursos de graduação ou formação devem contemplar.

Há que se considerar, ainda, que no caso específico do setor saúde, e mais especificamente da profissão médica, mas não apenas dela, são necessárias as definições de conteúdos e responsabilidades pela formação sejam estendidos também para os cursos de pós-graduação. Tal necessidade é decorrente da prática concreta da medicina — assim como, a cada dia, de mais e mais de outras profissões da saúde — em que o trabalho é cada dia mais especializado. Tais áreas de especialização — cinquenta e quatro especialidades na medicina e quase 200 áreas de atuação — funcionam na prática como ocupações específicas com interesses, conflitos e representações próprias.

Como parte dessas definições, torna-se imprescindível a identificação das instituições formadoras de recursos humanos em saúde, suas respectivas capacidades de formação tanto quantitativas, como qualitativas, sua distribuição no território nacional e intraregional, e quais são os critérios de autorização para que tais instituições atuem.

Deve-se observar que no Brasil há uma interpenetração entre os sistemas formadores em nível de pós-graduação, pois residências médicas, especializações, residências multiprofissionais e mestrados profissionalizantes — ou seja, sistemas de formação *strictu sensu* e *latu sensu* — se sobrepõe no papel de formar especialistas. Essas sobreposição e dualidade levam a considerável extensão na formação dos profissionais de saúde, com desperdício de tempo que poderia ser evitável.



Ordenar a força de trabalho em saúde, igualmente, pressupõe regular o exercício profissional. Para além do papel formalmente exercido pelas autarquias profissionais, há um vasto conjunto interseção entre especialidades e entre as diversas profissões que demandam uma definição das respectivas abrangências e limites intra e interprofissionais.

A definição pela via legislativa, com a aprovação de uma legislação específica voltada a cada categoria profissional, indiscutivelmente necessária, tem se mostrado insuficiente para dar conta da complexidade que a evolução do conhecimento e que a dinâmica da realidade concreta de exercício profissional em saúde tem colocado diante do Estado e dos gestores em saúde.

Torna-se, assim, necessária a constituição de uma instância que defina a abrangência e os limites da atuação de todas e de cada profissão de saúde. Além disso, essa instância, concomitantemente, deve ser sensível e capaz de recepcionar os espaços de crescimento e de desenvolvimento de cada profissão em função da dinâmica social, científica e técnica, bem como estar aberta para recepcionar novas possibilidades profissionais.

Para tanto, alguns conceitos balizadores são necessários com vistas a fixarmos os marcos conceituais em que a proposta da Subcomissão se baseia.

Primeiramente, torna-se importante a definição de “especialidade-raiz”. Recorremos, assim ao conceito proposto por Campos, Chakour e Santos<sup>12</sup> que, baseados em fatos históricos, definiram a clínica médica, a cirurgia geral, a pediatria, a psiquiatria e a medicina preventiva e social, ou saúde coletiva, como as especialidades da medicina que deram origem às demais especialidades.

Assim, as especialidades médicas e, também, algumas das profissões de saúde surgiram historicamente por “brotamento” de tais “especialidades-raiz”, em função do desenvolvimento científico e tecnológico num dado contexto histórico.

---

<sup>12</sup> Campos, G.W.de S; Chakour. M.; Santos, R. de C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(1):141-144, jan-mar, 1997



Outro conceito chave proposto pelos autores citados é o de campo e núcleo de competências profissionais. Cada especialidade ou profissão seria dividida ou divisível “em dois espaços inclusivos”. Tais espaços foram denominados como “campo e núcleo de competências profissionais”.

O “campo de competência profissional” seria, então, o espaço comum entre a “especialidade-raiz” e seus brotos. Ou seja, seria formado pelos “principais saberes” da especialidade que deu origem às demais dela derivadas e que se constituiria em “um espaço de sobreposição de exercício profissional”, não se caracterizando como um monopólio de quaisquer das especialidades, sejam elas a raiz ou os brotos.

Já o “núcleo de competência profissional... incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área”. Explicitam os autores que o “campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o *núcleo*, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis”.

Propõe, ainda, que a definição de tais campos e núcleos seria objeto de negociações “provisórias, em certa medida intermináveis porque impossíveis de serem arbitradas exclusivamente por uma racionalidade técnica” porquanto dependentes de conjunções políticas e profissionais e não guiadas por rationalidades “médicas positivas”.

Atualmente as competências desejáveis dos egressos dos cursos de graduação são propostas pelo Ministério da Educação e chanceladas pelo Conselho Nacional de Educação, por intermédio de “diretrizes curriculares”. Tais diretrizes têm a função de orientar as universidades e escolas de graduação na elaboração de seus respectivos currículos.

Para propor as diretrizes o MEC se vale do trabalho de “câmaras técnicas” compostas basicamente de representantes do aparelho formador, sem participação relevante dos grandes demandadores de profissionais de saúde, que são as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde.

Partindo de tais conceitos, configura-se imprescindível a recuperação da conformação histórica de uma profissão ou especialidade. Tal conformação é bastante reveladora de muitos dos problemas, questões,



conflictos e tensões existentes tanto no seio da própria especialidade ou profissão, como na sua relação com as demais, sendo, portanto, um elemento chave para a definição tanto do campo, como do núcleo de competências, em cada situação específica.

Outro ponto essencial é examinar como a área em questão, ao longo de sua história, acumulou os meios de produção e os meios de reprodução de que se utiliza. Tal exame permitirá que se caracterize como profissão ou especialidade autônoma relativamente à especialidade raiz. Os meios de produção se evidenciam pelo volume ou quantidade de tecnologia que a área de conhecimento apropriou ao longo de seu desenvolvimento, de forma a adquirir progressivamente autonomia, até se configurar em profissão ou em especialidade propriamente dita.

Já os meios de reprodução se caracterizam pela existência de cursos de formação para aquela área de conhecimento, bem como pela existência de um mercado de trabalho que, com sua demanda própria, justifique a consolidação da área como profissão ou especialidade.

Por outro lado, deve-se observar a presença de outros pontos que se manifestam negativamente, ou seja, para descaracterizar a área de atuação como profissão ou especialidade. Tais pontos podem ser exemplificados, essencialmente, pela área ser experimental ou de recorte jurídico.

Com base no tripé formado pela história, pelos meios de produção e de reprodução será possível a definição de um núcleo de competência da profissão ou especialidade, na forma proposta acima. Isso permitiria conferir uma racionalidade à conformação das diversas atribuições no seio do setor saúde em substituição às posições meramente corporativas e de disputa por espaço e por mercado, que alijam do debate os princípios que devem norteá-lo, quais sejam: base histórico-factual, lógica científica, tecnologias agregadas e defesa do interesse e da segurança da população.

A definição dos núcleos de competência ensejaria a que as profissões e especialidades, com base em suas interações com seus objetos de trabalho, agreguem novos conhecimentos e tecnologias e, consequentemente, novos meios de produção e de reprodução, a serem regulados e controlados pelos respectivos conselhos de exercício profissional e sociedades de especialidades. Do mesmo modo, as interações, superposições



e conflitos internos às profissões devem e podem ser mediados pelos conselhos, daquela profissão.

Há que se considerar, entretanto, que esse processo histórico vai inelutavelmente construir novas situações que criaráo zonas de cinzentas com e entre profissões distintas. E não é cabível que esse processo seja um processo tutelado por uma categoria profissional em detrimento das demais, ou seja, que profissões estabelecidas, com competências, meios de produção e de reprodução bem definidos, sejam tuteladas por outra, mais antiga ou ideologicamente preponderante. A mediação desses processos e conflitos em espaços de discussões plurais, democráticos e com ampla representação, sem, portanto, preponderâncias e sujeições é, portanto, o desafio que se coloca para o Estado Brasileiro.

Tais espaços devem se situar no âmbito do aparelho de Estado, embora com representação ampla, de acordo com a concepção de “arena política” já mencionada. Somente nessa condição — de ser uma instância de pactuação e decisão estatal —, é que se poderia ter a legitimidade, conferida por delegação outorgada pelo povo, para dispor sobre tema tão fragmentado pelos interesses corporativos. Observe-se que os interesses corporativos não podem ser entendidos como ilegítimos, mas devem ser subordinados ao interesse geral, ainda que muitas vezes as corporações, mormente aquelas com maior ascendência ideológica sobre a sociedade, queiram por intermédio de seu discurso fazer crer que representam os interesses gerais da sociedade.

Assim, operadores sistêmicos, produtores de tecnologia, área produtiva, corporações e aparelhos formadores devem ser representados em instâncias apropriadas para as definições que se fazem necessárias.



## 8. PROPOSTAS

A princípio, concebe-se a existência de, ao menos, quatro níveis distintos de pactuação e decisão que comporiam um sistema de regulação de recursos humanos.

Um primeiro nível, em que cada profissão teria suas competências e capacidades definidas. Haveria, assim, nesse nível uma instância para cada profissão, ou grupamento de profissões, com vistas à definição das diretrizes curriculares. Ainda que a formação esteja institucionalmente ligada ao MEC, a responsabilidade de ordenação de recursos humanos deve estar sob a coordenação do Sistema Único de Saúde e com expressiva participação das representações das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, ao lado da representação da corporação, do aparelho formador e do MEC.

Ressalte-se que na definição deste nível deve-se atentar para a multiplicidade de situações em cada segmento profissional, bem como para a diversidade existente dentro de um mesmo segmento, como, por exemplo, a formação superior e técnica na Enfermagem. Assim, deve ser considerado que tais instâncias prevejam composições distintas em função do objeto a ser tratado.

Para as especialidades, agregar-se-iam aos atores já citados representantes da própria especialidade e também a representação dos prestadores de serviços privados.

Outra instância seria responsável pela definição de quantidades e distribuição geográfica de profissionais e especialistas a serem formados. Para a composição desta instância, concebem-se basicamente os mesmos atores já previstos na primeira situação, com variações em função do segmento tratado, sendo, ainda, desejável agregar-se à representação profissional a representação sindical.

É necessário, também, um terceiro fórum para o sistema de certificação para o exercício profissional e de exercício de especialidades. Atualmente, a certificação dos profissionais formados no País se dá pela concessão do diploma — concedido por uma instituição acreditada junto ao



Estado para tanto — aliada ao registro na autarquia correspondente e ao pagamento das respectivas taxas e anuidades.

Para a certificação de profissionais e especialistas formados por instituições estrangeiras, entretanto, há uma lacuna na definição sobre a quem cabe e quais os critérios a serem observados. É, portanto, imprescindível que haja uma definição política do Estado sobre mecanismos de certificação que tenham como eixo central a comprovação da suficiência para o desempenho profissional, ou seja, as capacidades cognitivas e habilidades exigíveis. Tais mecanismos devem ser coordenados pelo Ministério da Saúde e supervisionados pelas representações profissionais, tendo em vista tratar-se de uma questão em que deve prevalecer o interesse público.

Adicionalmente, como forma de garantir a qualidade dos profissionais que atuam no setor público, o que, em última análise representa melhor atendimento à população, o Ministério da Saúde deve implementar um sistema de educação permanente, por categoria profissional e especialidade, inclusive com tecnologia de educação à distância, como suporte ao trabalho em saúde. O sistema de educação permanente deve ser acoplado a mecanismos de avaliação e acreditação, cujo eixo central deve ser a atualização e a confirmação de suas competências cognitivas profissionais. Como forma de incentivo à atualização, sugere-se que o Ministério da Saúde estude a possibilidade de concessão de incentivos salariais aos profissionais que apresentarem bom desempenho em suas avaliações periódicas.

E, por fim, mas não menos importante, a instância em que se daria a pontuação e definição das competências e capacidades, ou seja, os limites e interseções entre as diversas profissões em saúde. Nesse nível buscar-se-ia a mediação e arbitragem, por parte do Estado, entre as diversas categorias profissionais e especialidades para a definição ou redefinição de competências em que haja situação conflitiva ou dúvida sobre a quem cabe desempenhar qual e tal função no âmbito do sistema. Tal instância deve ser composta por representantes do Ministério da Saúde e das diversas categorias, sem hegemonias de qualquer ordem, e pode, igualmente, admitir a participação ocasional de profissionais ou setores profissionais que guardem ligação com a área ou questão em exame. O trabalho nessa instância deve se basear na defesa do interesse público e na equação já referida entre campos e núcleos de competência, da liberdade científica e de atuação profissional.



## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que o calendário inicialmente proposto tenha sofrido adiamentos, conforme destacado acima, com consequente compactação do cronograma, cremos que a Subcomissão Especial destinada a tratar do Ordenamento da Formação de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde e da Educação Permanente na Área da Saúde (RH—SUS) atingiu, em parte, seus objetivos.

Pudemos, ainda que de forma compacta, dialogar com os setores governamentais, representantes do aparelho formador, membros de estruturas de controle social e de representação profissional sobre o objeto de nosso trabalho. Esse diálogo propiciou não apenas a consolidação de um diagnóstico setorial, mas também, e, sobretudo, a demonstração de que os atores sociais citados tantas vezes ao longo deste Relatório podem e devem ser chamados a compor um sistema articulado que permita ao SUS formar, especializar, distribuir, reciclar, definir, redefinir, incentivar, e mediar a atuação, aperfeiçoamento e interação de seus recursos humanos.

O principal objetivo colimado foi, em nosso entender, alcançado: o de poder modelar uma proposta de organização para o setor, baseada na situação atual do tratamento dado à questão dos recursos humanos no âmbito do SUS, cotejada com experiências importantes em nível internacional.

O legado contido no presente documento, com toda a certeza, representará para os Parlamentares que vierem a compor a Comissão de Seguridade Social e Família na próxima Sessão Legislativa importante instrumento de trabalho e a base para a construção de proposta de legislação que possa significar uma solução democrática e duradoura para o ordenamento dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e, como decorrência, em melhor atendimento e melhores condições de saúde e de vida para nossa população.

**Deputado Rogério Carvalho  
Relator**