

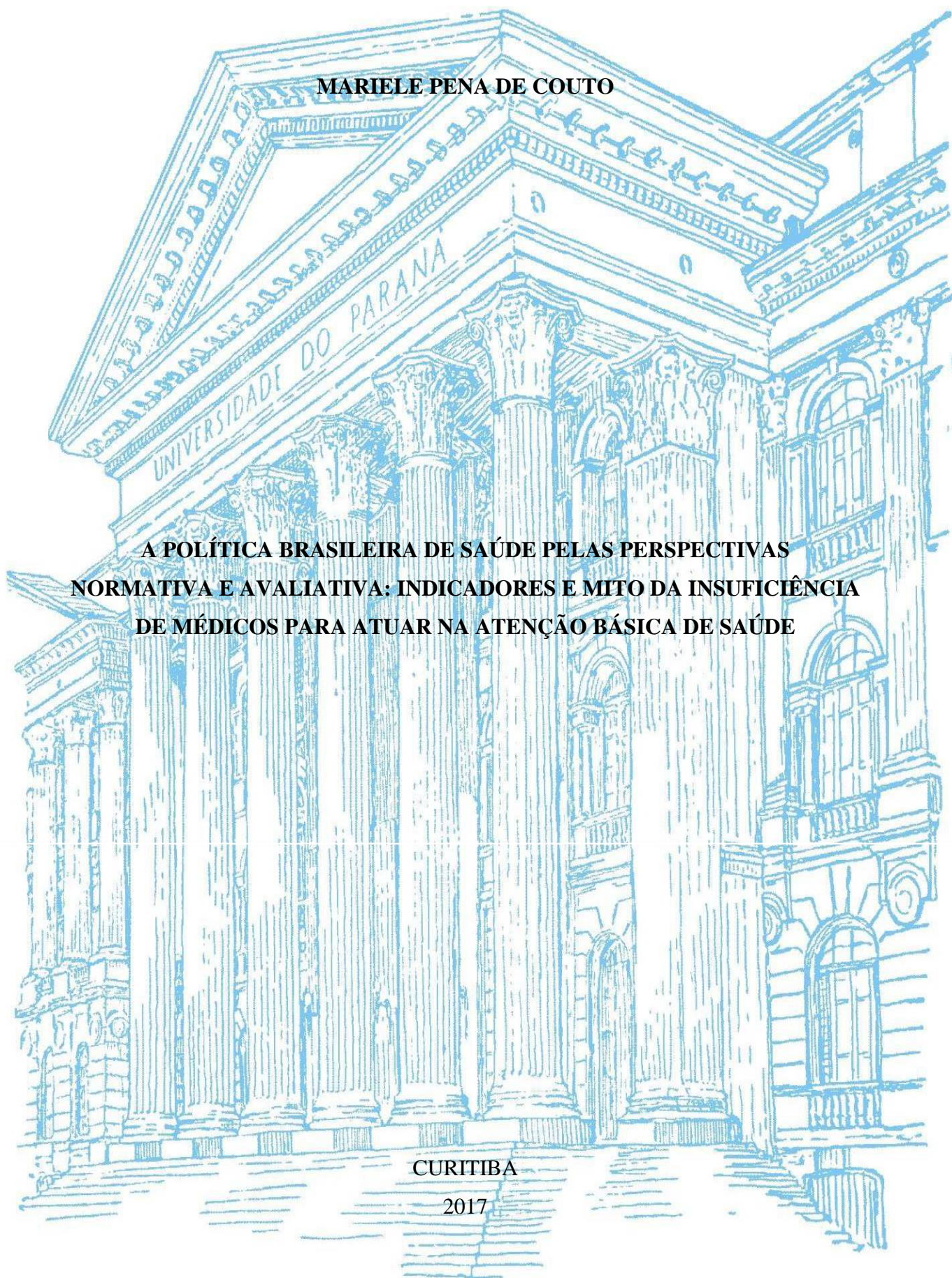
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIELE PENA DE COUTO

**A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE PELAS PERSPECTIVAS
NORMATIVA E AVALIATIVA: INDICADORES E MITO DA INSUFICIÊNCIA
DE MÉDICOS PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

CURITIBA

2017



MARIELE PENA DE COUTO

**A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE PELAS PERSPECTIVAS
NORMATIVA E AVALIATIVA: INDICADORES E MITO DA INSUFICIÊNCIA
DE MÉDICOS PARA ATUAR NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas, no curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Setor de Ciências Sociais Aplicadas – da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Eneida Desiree Salgado
Coorientador: Prof. Dr. Aleksandro Eugênio Pereira

CURITIBA

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. SISTEMA DE BIBLIOTECAS.
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Couto, Mariele Pena de

A política brasileira de saúde pelas perspectivas normativa e avaliativa: indicadores e mito da insuficiência de médicos para atuar na atenção básica de saúde / Mariele Pena de Couto. - 2017.

288f.

Orientadora: Eneida Desiree Salgado.

Coorientador: Alexsandro Eugênio Pereira

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Defesa: Curitiba, 2017.

1. Políticas Públicas de Saúde – Brasil 2. Saúde pública – Recursos humanos – indicadores – Brasil. I. Salgado, Eneida Desiree. II. Pereira, Alexsandro Eugenio. III. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. IV. Título.

CDD 362.10981



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
Programa de Pós Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS
Código CAPES: 40001016076P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **MARIELE PENA DE COUTO**, intitulada: "**A política pública brasileira de saúde pelas perspectivas normativa e avaliativa: indicadores e mito da insuficiência de médicos para atuar na Atenção Básica de Saúde**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa. A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 11 de Dezembro de 2017.


ENEIDA DESIREE SALGADO
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


ALEXSANDRO EUGENIO PEREIRA
Coorientador - Avaliador Interno (UFPR)


HELENA DE FÁTIMA NUNES SILVA
Avaliador Externo (UFPR)


HUASCAR FIALHO PESSALI
Avaliador Interno (UFPR)


RAFAEL GOMES DITTERICH
Avaliador Interno (UFPR)


PAULO RICARDO SCHIER
Avaliador Externo (Unibrasil)

Dedico esta tese a todos aqueles que acreditam na construção de um Brasil melhor e, especialmente, àqueles que vivem à margem do direito fundamental à saúde previsto constitucionalmente. Dedico aos que não têm acesso aos serviços sanitários, notadamente da Atenção Básica, por causa da ausência de critérios distributivos dos profissionais médicos no território nacional, com a esperança de poder contribuir para alcançar a tão sonhada cobertura universal de saúde.

Sou grata aos meus pais, Expedito e Maria, e a todos que vieram antes, porque o caminho que se trilhou até mim foi o único possível; porque me muniram de todos os instrumentos necessários para ser Mariele; porque me ensinaram que a fé, a paciência, a disciplina e a persistência podem tudo transformar.

Sou grata à família construída por meus pais, ao forte laço me une aos meus irmãos, irmãs, cunhados, cunhadas, sobrinhos, sobrinhas e sobrinhas-netas. Todos são meu esteio, minhas origens, meu orgulho e um pedaço de mim.

Sou grata aos meus sogros, Ana e Nelson, a todos que vieram antes, e à família que construíram: meu marido, meus cunhados, cunhadas, sobrinhos, sobrinhas, sobrinhos-netos e sobrinhas-netas por me acolherem com afeto e me tornarem um dos seus.

Sou grata à minha alma gêmea, J. N. Balbino, que comigo forma uma família, pelo exemplo de dedicação e entrega diária a todos os nossos projetos pessoais e profissionais. Pela parceria perfeita que torna possível transformar sonhos em realidade.

Sou grata a todos os “meus” professores, desde a primeira professora do primário, Maria do Carmo Dembinski, até os mais recentes, do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPR, pelos ensinamentos transmitidos e pela contribuição na formação do meu caráter.

Sou grata aos professores Dr. Paulo Ricardo Schier; Dra. Helena de Fátima Nunes Silva; Dr. Rafael Gomes Ditterich e Dr. Huáscar Fialho Pessali, membros da banca de defesa desta tese, pela análise metódica da pesquisa, por me mostrarem desafios e indicarem que meus estudos só estão começando.

Sou grata à orientadora professora Dra. Eneida Desiree Salgado e ao coorientador professor Dr. Alexandro Eugênio Pereira, pelo exemplo de genialidade, por ampliarem minha visão, por identificarem em mim novas potencialidades, por me tornarem uma pessoa melhor. Foi a participação e o apoio de ambos que tornou possível este estudo.

RESUMO

Esta tese parte dos determinantes estabelecidos no cenário global – especialmente dos paradigmas de ‘saúde para todos’ e ‘cobertura universal de saúde’ defendidos pela Organização Mundial da Saúde – para analisar o panorama da saúde pública brasileira pós-constituente de 1988, especificamente os recursos humanos da área médica destinados a atuar na Atenção Básica de Saúde, seguindo-se as perspectivas analíticas normativa e avaliativa. O critério normativo é utilizado para enfatizar as tentativas do Poder Público de reestruturar este setor para atender aos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade de acesso aos serviços de saúde. Neste ponto, o estudo evidencia que as práticas até então adotadas para interiorizar os serviços de saúde são insuficientes para cumprir as determinações constitucionais, porque partem da premissa equivocada de escassez de médicos. A investigação, seguindo a perspectiva avaliativa, volta-se à construção e análise de indicadores sobre os programas vigentes na Atenção Básica de Saúde, especificamente a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos, com fundamento em dados disponibilizados pelo Poder Público nacional referente ao período compreendido entre os anos de 2011 e 2015. Referidos dados são oriundos das seguintes fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Altas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Atlas Brasil); Departamento de Informática do SUS (DATASUS); Conselho Federal de Medicina (CFM); e Nota Técnica n. 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS, fornecida pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Foram utilizadas as seguintes variáveis: população estimada; Municípios; Estruturas Territoriais; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); equipes de Saúde da Família; médicos com inscrição primária ativa; médicos vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil. O cruzamento destas variáveis permitiu a construção de indicadores, considerando-se os 5.570 Municípios brasileiros, agrupados por região geográfica e sintetizados em análise nacional. O primeiro indicador destinou-se a classificar os Municípios em cinco faixas de atendimento de acordo com as comparações entre o montante recomendado e a quantidade existente de equipes de Saúde da Família: Faixa 1 $\leq 25\%$; Faixa 2 $> 25\%$ e $\leq 50\%$; Faixa 3 $> 50\%$ e $\leq 75\%$; Faixa 4 $> 75\%$ e $\leq 100\%$; e Faixa 5 $> 100\%$. Os demais indicadores analisados contemplam a evolução quantitativa de: médicos com inscrição principal ativa; população; médicos ativos por um mil habitantes; equipes de Saúde da Família; além da projeção do quantitativo de médicos necessários para prover a Atenção Básica de Saúde. Os resultados decorrentes desta avaliação contemplam a principal descoberta da tese, que identificou a suficiência de médicos para suprir esta área da saúde pública e voltam-se a subsidiar o processo decisório para a eleição de alternativas viáveis à solução do problema de distribuição geográfica de médicos para atuarem no setor. Este estudo também contribui com a discussão de ações destinadas a modernizar o setor de gestão da força de trabalho na área médica adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a Atenção Básica e a implementação da cobertura universal dos serviços básicos de saúde.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Sistema Público de Saúde. Normatividade. Avaliação de Política Pública. Indicadores.

ABSTRACT

This thesis is based on the determinants established in the global scenario – especially the paradigms of *'health for all'* and *'universal health coverage'* advocated by the World Health Organization – to analyze the Brazilian public health care panorama succeeding the 1988 Constitution, specifically the human resources of the medical area aimed to work in primary health care, following the normative and evaluative analytical perspectives. The normative criterion is used to emphasize the public power attempts to restructure this sector in order to meet the constitutional principles of universality, equity, and integrity of access to health care services. At this point, the study shows that the practices hitherto adopted to internalize the health care services are insufficient to fulfill the constitutional determinations due to the false premise of medical shortage. The research, according to the evaluative perspective, focuses on the construction and analysis of indicators on the current programs in primary health care, specifically the 'Estratégia Saúde da Família' (Family Health Strategy) and the 'Mais Médicos' (More Doctors) Program, based on data provided by the National Public Power regarding the years between 2011 and 2015. These data refer to the following sources: Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE); Brazilian Human Development Atlas (Atlas Brazil); Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS); Federal Council of Medicine (CFM); and Technical Note n. 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS, provided by the Department of Planning and Regulation of Provision of Health Professionals, Secretariat of Labor Management and Health Education of the Ministry of Health. Variables used: estimated population; Municipalities; Territorial Structures; Municipal Human Development Index (IDHM); Family Health teams; physicians with active primary registration; physicians linked to the 'Mais Médicos' (More Doctors) Program in Brazil. The indicators construction was obtained by crossing these variables, considering the 5,570 Brazilian municipalities, grouped by geographical region and synthesized in a national analysis. The first indicator classified the Municipalities into five service ranges according to the comparisons between the recommended amount and the existing number of Family Health teams: Range 1 $\leq 25\%$; Range 2 $> 25\%$ and $\leq 50\%$; Range 3 $> 50\%$ and $\leq 75\%$; Range 4 $> 75\%$ and $\leq 100\%$; and Range 5 $> 100\%$. The other analyzed indicators include the quantitative growth of: physicians with active main registration; population; active physicians per thousand inhabitants; Family Health teams; besides the numbers projection of the physicians necessary to provide Primary Health Care. The analysis results include the thesis main conclusion, which was able to identify the sufficiency of physicians in public health care area and subsidize the decision-making process to select affordable alternatives to solve the geographical distribution problem of physicians to work in the sector. This study also contributes to the discourse aimed to modernize the workforce management sector in the medical area adopted by the Unified Health System (SUS) for primary care and the universal coverage and implementation of basic health services.

Keywords: Public Health Policy. Public Health System. Normativity. Public Policy Evaluation. Indicators.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO NORTE.....	172
FIGURA 2 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO NORDESTE	180
FIGURA 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO CENTRO-OESTE	188
FIGURA 4 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO SUDESTE.....	196
FIGURA 5 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO SUL.....	204
FIGURA 6 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – BRASIL	213

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORTE	171
GRÁFICO 2 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORTE.....	173
GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO NORTE.....	174
GRÁFICO 4 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO NORTE	175
GRÁFICO 5 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO NORTE	175
GRÁFICO 6 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO NORTE	176
GRÁFICO 7 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO NORTE ...	177
GRÁFICO 8 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO NORTE	178
GRÁFICO 9 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORDESTE.....	179
GRÁFICO 10 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORDESTE.....	181
GRÁFICO 11 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO NORDESTE	182
GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO NORDESTE.....	183
GRÁFICO 13 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO NORDESTE	183
GRÁFICO 14 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE	184

GRÁFICO 15 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO NORDESTE	185
GRÁFICO 16 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO NORDESTE.....	186
GRÁFICO 17 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO CENTRO-OESTE.....	187
GRÁFICO 18 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO CENTRO-OESTE	189
GRÁFICO 19 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO CENTRO-OESTE.....	190
GRÁFICO 20 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO CENTRO-OESTE.....	191
GRÁFICO 21 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO CENTRO- OESTE	191
GRÁFICO 22 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO- OESTE.....	192
GRÁFICO 23 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO CENTRO- OESTE.....	193
GRÁFICO 24 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO CENTRO-OESTE.....	194
GRÁFICO 25 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUDESTE	195
GRÁFICO 26 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUDESTE	197
GRÁFICO 27 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO SUDESTE.....	198
GRÁFICO 28 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO SUDESTE	199

GRÁFICO 29 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO SUDESTE	199
GRÁFICO 30 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE	200
GRÁFICO 31 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO SUDESTE	201
GRÁFICO 32 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO SUDESTE	202
GRÁFICO 33 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUL	203
GRÁFICO 34 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUL	205
GRÁFICO 35 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO SUL	206
GRÁFICO 36 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO SUL	207
GRÁFICO 37 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO SUL.....	207
GRÁFICO 38 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO SUL.....	208
GRÁFICO 39 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO SUL.....	209
GRÁFICO 40 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO SUL	210
GRÁFICO 41 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – BRASIL	211
GRÁFICO 42 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – BRASIL	214
GRÁFICO 43 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – BRASIL	215

GRÁFICO 44 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – BRASIL	216
GRÁFICO 45 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – BRASIL.....	216
GRÁFICO 46 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA SUPRIR A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – BRASIL	217
GRÁFICO 47 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – BRASIL	218
GRÁFICO 48 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – BRASIL	219

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - QUADRO SINÓTICO EVOLUTIVO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	64
QUADRO 2 - SÍNTESE DAS BASES DE DADOS NACIONAIS UTILIZADAS NA PESQUISA	161
QUADRO 3 - SINTESE DOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL LIMITADOS À QUANTIDADE DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA MUNICIPAL POR ESTADO	165
QUADRO 4 - COMPARATIVO ENTRE AS DISTRIBUIÇÕES DA POPULAÇÃO ESTIMADA, DOS MÉDICOS, DOS INTEGRANTES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E DA PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR MIL HABITANTES POR REGIÃO	223

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	-	Atenção Básica de Saúde
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – ‘ <i>Acquired Immunodeficiency Síndrome</i> ’
APS	-	Atenção Primária de Saúde
Atlas Brasil	-	Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil
CCJC	-	Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
CES	-	Câmara de Educação Superior
CFM	-	Conselho Federal de Medicina
CIDT	-	Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho
CIHI	-	Canadian Institute for Health Information
CNE	-	Conselho Nacional de Educação
CNGTES	-	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CNRHS	-	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRFB/1988	-	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CRTS	-	Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde
DATASUS	-	Departamento de Informática do SUS
DEGERTS	-	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEM	-	Partido Democratas
DEPREPS	-	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde
DesprecarizaSUS	-	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
DOU	-	Diário Oficial da União
DSEIs	-	Distritos Sanitários Indígenas
ECOSOC	-	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
eSF	-	equipe de Saúde da Família
FNS	-	Fundo Nacional de Saúde

GM	-	Gabinete do Ministro
GT	-	Grupo de Trabalho
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência – ‘ <i>Human Immunodeficiency Virus</i> ’
HRH	-	<i>Human Resources for Health</i>
IAPs	-	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IES	-	Exposição de Motivos Interministerial
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
IPESPE	-	Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco
LGBT	-	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LOPS	-	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	-	Leis Orgânicas da Saúde
MEC	-	Ministério da Educação
MGZ	-	Médico Geral de Zona
MNNP	-	Mesa Nacional de Negociação Permanente
MP	-	Ministério do Planejamento
MPV	-	Medida Provisória
MS	-	Ministério da Saúde
NOB	-	Norma Operacional Básica
NOB/RH	-	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
ODM	-	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	-	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
ONUBR	-	Organização das Nações Unidas no Brasil
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
OPM	-	Órtese, Prótese e Materiais
OPME	-	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAB-Fixo	-	Piso de Atenção Básica Fixo
PAB-Variável	-	Piso de Atenção Básica Variável

PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCR	-	Plano de Cargos, Carreira e Remuneração
PCCS	-	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PCCV	-	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PET-Saúde	-	Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde
PIASS	-	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	-	Programa de Interiorização do SUS
PITS	-	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	-	Programa Mais Médicos
PMMB	-	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	-	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNS	-	Plano Nacional de Saúde
PREVSAUDE	-	Programa Nacional de Serviço Básico de Saúde
Pró-Saúde	-	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Provab	-	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica de Saúde
PSF	-	Programa Saúde da Família
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RHS	-	Recursos Humanos em Saúde
RJU	-	Regime Jurídico Único
SESU	-	Secretaria de Educação Superior
SILOS	-	Sistemas Locais de Saúde
SGTES	-	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação
SIGTAP	-	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUDS	-	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UF	-	Unidade Federativa
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
UN	-	<i>United Nations</i>

UNA-SUS	-	Rede Universidade Aberta do SUS
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
WHA	-	<i>World Health Assembly</i>
WHO	-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
1 A ASPIRAÇÃO GLOBAL: COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE.....	31
1.1 ASCENSÃO DA SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL	32
1.2 COMPREENDENDO OS TERMOS COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE.....	36
1.3 O PROCESSO DE UNIVERSALIZAÇÃO DA COBERTURA DE SAÚDE.....	40
1.3.1 Relatórios da Organização Mundial da Saúde relacionados à cobertura universal de saúde.....	43
1.3.2 Estratégias e diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre recursos humanos.....	44
1.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	52
2 A ASPIRAÇÃO BRASILEIRA: COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	55
2.1 POR QUE NÃO FALAR EM TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA O BRASIL?	56
2.2 A MUDANÇA DE PARADIGMA BRASILEIRO: DA SAÚDE ELETIVA À COBERTURA UNIVERSAL	61
2.2.1 A polissemia da palavra ‘saúde’ e seu atual significado no contexto brasileiro	68
2.3 O QUE É O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?	70
2.3.1 Distinção entre saúde pública, complementar e suplementar.....	75
2.3.2 Custeio do Sistema Único de Saúde (SUS).....	78
2.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	81
3 A PERENIDADE DA AGENDA GOVERNAMENTAL SOBRE A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL.....	83
3.1 ESTRATÉGIAS E DIRETRIZES SOBRE RECURSOS HUMANOS DISCUTIDAS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	84
3.2 ESTRATÉGIAS E DIRETRIZES DISCUTIDAS NAS CONFERÊNCIAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E CONTEMPLADAS NA NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE.....	94

3.2.1 A construção da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para a Saúde	97
3.3 AÇÕES DESTINADAS À FORMULAÇÃO DE UM PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	100
3.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	111
4 A COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SETOR.....	114
4.1 A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	115
4.1.1 A Estratégia Saúde da Família.....	119
4.1.2 A força de trabalho que compõe a estrutura organizacional da Atenção Básica de Saúde.....	128
4.2 A FORMAÇÃO E O DIRECIONAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PARA ATUAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE	135
4.2.1 As mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde.....	139
4.2.2 O Programa Mais Médicos	141
4.3 PROPORÇÃO MÉDICA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA <i>VERSUS</i> PROGRAMA MAIS MÉDICOS	148
4.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	151
5 O PERFIL DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA ÁREA MÉDICA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	154
5.1 A TÉCNICA DE PESQUISA EMPREGADA NA TESE.....	154
5.2 ANÁLISE DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA ÁREA MÉDICA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE POR REGIÃO BRASILEIRA.....	166
5.2.1 Região Norte.....	171
5.2.2 Região Nordeste	178
5.2.3 Região Centro-Oeste.....	186
5.2.4 Região Sudeste	194
5.2.5 Região Sul	202
5.3 DIAGNÓSTICO NACIONAL DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA ÁREA MÉDICA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	210

5.3.1 A concentração geográfica de médicos e a necessidade de repensar a gestão dos recursos humanos em saúde no Brasil	220
5.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	229
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
REFERÊNCIAS	248

INTRODUÇÃO

Esta tese parte dos determinantes estabelecidos no cenário global, especialmente dos paradigmas de *'saúde para todos'* e *'cobertura universal de saúde'* defendidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para analisar o panorama da saúde pública brasileira pós-constituente de 1988, com ênfase sobre a gestão dos recursos humanos da área médica destinada a atuar na Atenção Básica de Saúde (ABS), seguindo-se as perspectivas analíticas normativa e avaliativa.

O critério normativo é utilizado para analisar um compilado de documentos reputados essenciais pela agência especializada em referência para o processo de construção global de conceitos fundamentais pertinentes à promoção da saúde pela perspectiva universal, com a finalidade de evidenciar a confluência de interesses e a harmonização das ações de políticas públicas de âmbito global e local, ou seja, do cenário internacional e nacional brasileira. Isto possibilita compreender a linha mestra que percorre toda a estrutura do sistema normativo de saúde vigente no Brasil, instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) e explicitado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema caracteriza-se como um reflexo do ideário sanitarista internacional e pré-constituente ao alterar radicalmente a forma de pensar e fornecer os serviços de saúde no país, estabelecendo-se como uma das mais importantes políticas públicas universalizadoras de âmbito nacional, embora ainda não implementada em sua totalidade (BRASIL, 1986a; 1988a; PAIM *et al.*, 2011). Trilhar este caminho, de uma compreensão global sobre a cobertura universal de saúde para uma concepção circunscrita ao espaço brasileiro, permite interpretar melhor uma série de questões concebidas como paradigmas para a composição da saúde pública brasileira atual, bem como delimitar com maior assertividade os critérios para formular, implementar e avaliar as políticas públicas de saúde no país.

A investigação, ao seguir a perspectiva avaliativa, abrange exclusivamente o cenário nacional brasileiro. É realizada mediante a construção e análise de indicadores sobre os programas vigentes na Atenção Básica de Saúde, especificamente a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos, com fundamento em dados disponibilizados pelo Poder Público Nacional referente ao período compreendido entre os anos de 2011 e 2015. Este critério permite mensurar a proporção de médicos no país e sua respectiva alocação no território nacional, identificar a distribuição da densidade desta

força de trabalho dentro da Atenção Básica de Saúde e projetar o quantitativo de profissionais necessários para prover o referido setor. O enfoque deste estudo recai sobre a área médica em razão das reiteradas constatações de descontinuidade na prestação dos serviços por estes profissionais na saúde pública nacional.

A finalidade deste exame – normativo e avaliativo – é fornecer subsídios ao processo decisório para a eleição de alternativas viáveis à solução do problema de distribuição geográfica de médicos para atuarem na atenção primária. Pretende-se, ainda, contribuir com a discussão de ações destinadas a modernizar o setor de gestão da força de trabalho na área médica adotada pelo Sistema Único de Saúde para a Atenção Básica, bem como para implementar a universalização da cobertura dos serviços de saúde.

Para atingir este escopo, faz-se necessário delimitar a extensão do estudo em âmbito horizontal e vertical. As limitações horizontais dizem respeito à abrangência do tema, enquanto as verticais atrelam-se à profundidade da abordagem.

A *primeira limitação horizontal* consiste em restringir a exploração à área da saúde pública, isto é, às redes e ações de serviços de saúde prestadas diretamente pelo Poder Público. Portanto, não é objetivo da tese discorrer sobre os sistemas de saúde complementar e suplementar fornecidos pelas instituições de saúde privadas, embora algumas palavras sejam lançadas sobre estes sistemas no item ‘2.3.1’.

A *segunda limitação horizontal* circunscreve-se à não abordagem dos critérios de orçamento e custeio aplicáveis à gestão financeira do Sistema Único de Saúde. Apesar de se admitir a relevância deste tema para estruturar o pacote de serviços sanitários disponibilizados à população, seu âmbito de abrangência, pela extensão e complexidade, exige um estudo à parte que extrapola os fins perseguidos neste trabalho, razão pela qual o assunto será abordado de forma contextual no item ‘2.3.2’.

A *terceira limitação horizontal* relaciona-se à abordagem, exclusiva, da baixa complexidade dos serviços de saúde, isto é, da Atenção Básica de Saúde. Não obstante esta restrição, reconhece-se a relevância das ações e procedimentos inerentes à média e a alta complexidade ambulatorial para atingir o fornecimento integral dos serviços de saúde, com o objetivo de alcançar a completa resolatividade dos problemas de saúde.

A *quarta limitação horizontal* cinge-se ao direcionamento do estudo exclusivamente à estrutura dos recursos humanos em saúde na área médica, ante a sua imprescindibilidade ao funcionamento daquilo que é considerado a porta de entrada dos serviços de saúde pública brasileira. Para a tese, reconhece-se a relevância das equipes

multidisciplinares de atendimento nesta esfera sanitária, a exemplo do modelo adotado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 1994. Portanto, não se rechaça a noção de que a prestação de serviços adequados para atender a demanda da Atenção Básica de Saúde exige a participação de profissionais de diversas áreas, tais como enfermeiros, secretários, assistentes sociais, psicólogos, técnicos administrativos, entre outros, indispensáveis ao bom funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2011a).

Por seu turno, as limitações verticais desta tese são duas. A *primeira limitação vertical*, constitui a premissa sobre a qual o estudo se fundamenta, consistente na proporção ideal de médicos definida pelo Poder Público para atender a necessidade do país e da Atenção Básica de Saúde. Para suprir as necessidades sanitárias na seara nacional, a Exposição de Motivos Interministerial (EMI) nº 24/2013-MS/MEC/MP fixa a proporção de dois vírgula sete (2,7) médicos por mil (1.000) habitantes (BRASIL, 2013a). Por outro lado, em relação ao provimento da Atenção Básica de Saúde, a Portaria nº 2.488/2011-GM/MS, define a proporção ideal de um (1) médico para três mil (3.000) a no máximo quatro mil (4.000) habitantes, cujos médicos devem integrar a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011a).

Esta tese não objetiva discutir se a proporção indicada pelo Poder Público constitui parâmetro adequado para atender a demanda pelos serviços de saúde. O que se pretende é mensurar o quantitativo de profissionais ativos em relação a estas duas variáveis, quais sejam: médicos para suprir a necessidade nacional e para prover a Atenção Básica de Saúde.

A *segunda limitação vertical* relaciona-se ao movimento migratório dos médicos no território nacional. Não é objeto deste estudo cotejar dados para inferir as razões pelas quais existe um movimento migratório dos médicos para as regiões centrais. Esta matéria pode ser objeto de aprofundamentos em outros estudos, inclusive porque existem dados e pesquisas nacionais e internacionais que podem ser utilizados como modelo para analisar e explicar tanto a distribuição heterogênea de médicos quanto a sua mobilidade territorial no Brasil¹.

¹Sobre o tema, vide: Newhouse *et al.*, (1982); Leonardson, Lapierre e Hollingsworth (1985); Gessert *et al.* (1989); Crandall, Dwyer e Duncan, (1990); Foster e Goor (1992); Kristiansen e Førde (1992); Chomitz *et al.* (1998); Godwin *et al.* (1998); Pinto (1999); Szafran, Crutcher e Chaytors (2001); Nocera e Wanzeried (2002); Póvoa (2004); Astor *et al.* (2005); Ricketts (2005); Rosenthal, Zaslavsky e Newhouse (2005); Póvoa e Andrade (2006); García-Pérez, Amaya e Otero (2007); Serneels *et al.*, (2007); Maciel Filho (2007); OECD Health Policy Studies (2008); Gächter *et al.* (2012); Scheffer (2013); Dal Poz (2013); Bastos e

O recorte epistemológico deste tema permite uma abordagem interdisciplinar do agir estatal, capaz de reorientar o caminho a ser percorrido e estabelecer novas metas vinculativas à implementação da política pública de saúde brasileira, tanto ao Poder Executivo que tem a função precípua de realizar as ações administrativas de saúde pública, quanto aos demais entes e órgãos estatais, aos agentes econômicos, às organizações da sociedade civil e à população. Esta prática será estruturada em três eixos temáticos, considerando-se os prismas do Direito, das Políticas Públicas e da Ciência Política, inter-relacionados entre si e enfatizados na seguinte proporção: *i*) o Direito permite apreciar o critério normativo vigente no ordenamento jurídico pátrio pertinente à saúde pública nacional; *ii*) as Políticas Públicas, e suas interlocuções com a Saúde Pública, viabilizam a avaliação da provisão dos recursos humanos da área médica em atividade no país; e *iii*) a Ciência Política possibilita observar a confluência dos determinantes traçados internacionalmente com a estrutura da política pública de saúde brasileira, notadamente no que tange às estratégias adotadas para atingir a cobertura universal de saúde, com ênfase sobre a questão pertinente à alocação de recursos humanos na área médica.

Esta interdisciplinaridade segue um método interpretativo integrador que permite testar a seguinte hipótese de pesquisa: Há médicos ativos no território nacional suficientes para suprir a necessidade da Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, universalizar os serviços disponibilizados na Atenção Básica de Saúde. Em outros termos, os dados disponibilizados pelo Poder Público permitem inferir que a falha já constatada pelo Estado brasileiro pertinente à falta de médicos para atuarem na Atenção Básica de Saúde não reside na escassez destes profissionais, mas na ausência de mecanismos de ingresso, distribuição e permanência perante a Atenção Básica de Saúde. Este quadro permite inferir diversos efeitos reflexos, a exemplo da limitação dos serviços de saúde e da baixa qualidade no atendimento, ambos decorrentes da pequena proporção de profissionais interessados em trabalhar na Atenção Básica de Saúde.

A descontinuidade dos serviços de saúde decorrente da falta de médicos para atuarem na Atenção Básica de Saúde explicita uma espiral viciosa, vista pela perspectiva de um defeito de lógica: quanto menos médicos têm interesse em atuar na saúde pública pior se torna sua estrutura; e, quanto pior a estrutura da saúde pública, maior será o

desinteresse dos profissionais de atuar no setor. Esta deficiência corrobora para a privação do fornecimento dos serviços de saúde pública prestados pelo Poder Público e fragmenta os valores e princípios previstos constitucionalmente de atendimento equânime, universal e integral, numa dinâmica prejudicial contínua e exponencialmente crescente (FALLEIROS *et al.*, 2010; LIMA, 2010; PAIM *et al.*, 2011).

Para testar a hipótese, o objetivo geral consiste em avaliar a alocação dos recursos humanos em saúde no Brasil, com ênfase sobre os médicos destinados a atuar na Atenção Básica de Saúde. Os objetivos específicos, por sua vez, são os seguintes: **a)** compilar os pressupostos desenvolvidos no cenário internacional, pela Organização Mundial da Saúde, pertinente ao processo de discussão e construção coletiva global sobre os conceitos fundamentais de promoção da saúde pela perspectiva dos paradigmas de ‘saúde para todos’ e ‘cobertura universal de saúde’ para evidenciar o alinhamento estratégico das ações previstas no sistema normativo brasileiro com as pretensões de cunho global; **b)** explicitar o processo de confluência das ações de políticas públicas de saúde dos âmbitos global e local, ou seja, do cenário internacional, defendido pela Organização Mundial da Saúde, e do Brasil, com ênfase para a perspectiva normativa brasileira, com a finalidade de evidenciar a primazia à Atenção Básica de Saúde, instrumentalizada pelo Sistema Único de Saúde com o objetivo de atingir a cobertura universal de saúde; **c)** evidenciar a perenidade da agenda governamental sobre a regulamentação da gestão de recursos humanos em saúde no Brasil pela perspectiva das discussões destinadas a estabelecer diretrizes, estratégias, normas operacionais e ações voltadas a implementar uma força de trabalho em saúde pelo Poder Público; **d)** descrever, seguindo a perspectiva normativa, como os recursos humanos em saúde integram a estrutura organizacional da saúde pública nacional e qual o ensino transmitido a esta força de trabalho para integrar o setor, notadamente a Atenção Básica de Saúde, com ênfase sobre os profissionais médicos, a Estratégia Saúde da Família e os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil; **e)** avaliar a distribuição da densidade médica brasileira, mediante a construção e análise de indicadores fundamentados em dados fornecidos pelo Poder Público referente ao período compreendido entre os anos de 2011 e 2015, com a finalidade de demonstrar a suficiência, com sobra, de médicos para atender a Atenção Básica de Saúde.

Todos estes objetivos serão alcançados ao responder às seguintes questões de pesquisa: **I)** Quais são os fundamentos normativos da pretensão global, defendido pela

Organização Mundial da Saúde e pelo Brasil para universalizar a cobertura dos serviços de saúde? 2) Quais são as estratégias e diretrizes apresentadas pela Organização Mundial da Saúde e utilizadas pelo Brasil para atingir a cobertura universal de saúde? 3) Quais são as estratégias, diretrizes, normas operacionais e ações sobre recursos humanos suscitadas pelo Poder Público no intuito de universalizar a cobertura dos serviços de saúde pela perspectiva da força de trabalho em saúde? 4) Por que a proporção de médicos ativos no país não justifica os vazios assistenciais decorrentes da escassez destes profissionais na Atenção Básica de Saúde brasileira?

As respostas às perguntas apresentadas perpassam as fases de formulação, implementação e avaliação da política de saúde vigente no país, seguindo a perspectiva do ciclo da política pública (KNOEPFEL *et al.*, 2007; HOWLETT, RAMESH, PERL, 2009). O itinerário segue o processo de reconstrução histórica e analítica da estrutura e do modelo de fornecimento dos serviços de saúde adotados pelo Brasil. Revela, ainda, que o presente trabalho se concentra na etapa de avaliação dos recursos humanos na área médica, cujo âmbito cognitivo compreende o sistema administrativo organizacional deste setor para a Atenção Básica de Saúde.

As motivações para elaborar este estudo decorrem da intenção desta pesquisadora de prosseguir com os estudos iniciados por ocasião do mestrado que se voltou a analisar o processo legislativo de formulação do Programa Mais Médicos, seguindo o Modelo de Múltiplos Fluxos desenvolvido por John Kingdon (KINGDON, 2013; COUTO, 2015). Nesta ocasião, evidenciou-se que desde a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1988, o direito à saúde não está sendo usufruído por todos os cidadãos, principalmente pela dificuldade de fixação dos médicos nas regiões consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde para fornecimento da Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 1988a; COUTO, 2015).

Desta feita, as motivações pessoais para encarar esta nova empreitada – de discutir as questões afetas aos recursos humanos da área médica brasileira, com ênfase para a Atenção Básica de Saúde – estão amparadas na inquietação intelectual que, embora compreenda, não concorda com as bases em que se assenta a complexidade da gestão desta estafe pelo Poder Público que devido à ausência de critérios distributivos, não contempla a cobertura universal dos serviços sanitários neste setor. A opção acadêmica desta pesquisadora por confluir as vertentes analíticas normativa e avaliativa de política pública ancora-se na formação em nível superior na área do Direito e nos cursos de pós-

graduação *lato sensu* em Direito Público e Gestão Pública com habilitação em Políticas Públicas; e, *stricto sensu* que engloba, inclusive, o presente estudo qualificado como requisito parcial para conclusão do doutoramento em Políticas Públicas. Estudar a saúde pública por estes prismas permite transitar em cada uma destas esferas do conhecimento, com a finalidade de traçar caminhos conexos e estabelecer ligações entre pontos do saber considerados limítrofes ou dissociados, situação na qual apenas um estudo interdisciplinar pode dar conta. Os resultados deste novo enfoque tornam o presente estudo transdisciplinar ao evidenciar uma metodologia inovadora e própria, apta a fornecer um desfecho unitário e organizado aplicável às disciplinas apresentadas, contribuindo com o desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

As motivações de cunho social voltam-se à possibilidade de fornecer subsídio à tomada de decisão para solucionar o problema distributivo de médicos no Estado. A contribuição acadêmica dirige-se a oferecer reflexões teóricas e práticas sobre o cenário da saúde pública nacional, bem como contribuir com discussões sobre ações destinadas a universalizar a cobertura dos serviços de saúde no país.

A tese estrutura-se em cinco capítulos, além da presente introdução e das considerações finais. Nesta introdução foram apresentadas a delimitação do tema, o problema de pesquisa, a hipótese de pesquisa, os objetivos gerais e específicos, além das motivações pessoais e acadêmicas para a consecução deste estudo, seguindo-se desta estruturação.

O *primeiro capítulo* expõe o processo de formação histórica global dos preceitos de ‘saúde para todos’ e ‘cobertura universal de saúde’ defendidos pela Organização Mundial da Saúde. Apresenta não só uma revisão do estado da arte pertinente à pretensão internacional de organizar os serviços de saúde enquanto direito fundamental universal, como também as estratégias de políticas públicas sanitárias recomendadas nesta esfera, especialmente no que tange à busca pela cobertura universal de saúde e à estruturação dos recursos humanos para o setor (WHO, 2008; UN, 2016).

O *segundo capítulo* apresenta pontos de sintonia entre as estratégias recomendadas pelo plano global e as ações implementadas no cenário brasileiro. Isto permite compreender melhor o processo interno brasileiro de realização do direito fundamental à saúde. Inicialmente, são expostas as razões pelas quais não há que se falar em transferência de política pública do plano global para o local brasileiro. Por

consequente, aborda-se a quebra de paradigma, que partiu de um sistema de saúde preponderantemente eletivo para perseguir a cobertura universal de saúde. Mais adiante, evidencia a polissemia da palavra *saúde* e seu atual significado no contexto brasileiro, bem como atribui um conceito ao *Sistema Único de Saúde*, distinguindo-o dos sistemas complementar e suplementar, enfatizando a hibridiz dos sistemas sanitários vigentes no país. Por fim, explicita brevemente a fonte do custeio do Sistema Único de Saúde.

O *terceiro capítulo* destina-se a evidenciar a perenidade da agenda governamental sobre a gestão de recursos humanos em saúde no Brasil ao apresentar, de forma sucinta, cronológica e não exaustiva, as discussões tangenciadas sobre as estratégias e diretrizes defendidas nas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para Saúde. Revela, ainda, os procedimentos organizacionais compilados na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), além das ações destinadas à instituição de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para a saúde pública. Dentro deste conjunto, serão apresentadas as tentativas de interiorizar os serviços básicos de saúde, notadamente da área médica, tudo com a finalidade de compor um departamento de pessoal em saúde apto a ofertar os serviços sanitários da forma idealizada pelo Estado.

O *quarto capítulo* aprofunda o estudo sobre a saúde pública nacional brasileira ao retratar as atribuições conferidas ao Sistema Único de Saúde; descrever como os recursos humanos em saúde integram a estrutura organizacional da saúde pública nacional; e explicitar o modelo de ensino transmitido a esta força de trabalho para atender aos princípios e diretrizes aplicáveis ao setor, notadamente à Atenção Básica de Saúde, com ênfase sobre os profissionais médicos, a Estratégia Saúde da Família e os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

O *quinto capítulo*, observado o desenho organizacional descrito no capítulo anterior, apresenta os dados oficiais disponibilizados pelo Poder Público, tais como aqueles oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Atlas Brasil); do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); do Conselho Federal de Medicina (CFM); e da Nota Técnica 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS, fornecida pelo Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. Eles servirão de base para a construção de indicadores para avaliar os recursos humanos em saúde na área médica, mediante a

utilização das seguintes variáveis: população estimada; Municípios; Estruturas Territoriais; Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); equipes de Saúde da Família; médicos com de inscrição primária ativa; médicos vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil. O cruzamento destas variáveis permitiu a construção de indicadores, considerando-se todos os 5.570 Municípios brasileiros, agrupados por região geográfica e sintetizados em análise nacional. O primeiro indicador destinou-se a classificar os Municípios em cinco faixas de atendimento de acordo com as comparações entre o montante recomendado e a quantidade existente de equipes de Saúde da Família: Faixa 1 $\leq 25\%$; Faixa 2 $> 25\%$ e $\leq 50\%$; Faixa 3 $> 50\%$ e $\leq 75\%$; Faixa 4 $> 75\%$ e $\leq 100\%$; e Faixa 5 $> 100\%$. Os demais indicadores analisados foram: evolução quantitativa de médicos com inscrição principal ativa, populacional, de médicos ativos por um mil habitantes, de equipes de Saúde da Família e projeção do quantitativo de médicos necessários para prover a Atenção Básica de Saúde. Esta prática permitiu atribuir um diagnóstico aprofundado sobre referido pessoal para a Atenção Básica de Saúde.

As considerações finais apresentam o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos; o êxito no teste da hipótese de pesquisa; os caminhos a serem seguidos para encontrar a solução apta a resolver o problema evidenciado de má distribuição e fixação de médicos na Atenção Básica de Saúde em todo o território nacional; e as recomendações para estudos futuros.

1 A ASPIRAÇÃO GLOBAL: COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E SISTEMAS DE SAÚDE

No presente capítulo são discutidos os elementos históricos destinados à construção das premissas pertinentes ao fornecimento de *saúde para todos* e de *cobertura universal de saúde* construídos no cenário internacional, pela Organização Mundial de Saúde, até as abordagens mais contemporâneas pertinentes aos *recursos humanos em saúde*. Esta investigação é relevante para compreender as políticas públicas de saúde adotadas no ambiente brasileiro que perpassa os pressupostos desenvolvidos sobre o tema no âmbito global².

A primeira seção deste estudo destina-se a apresentar a ascensão da saúde como direito universal ao analisar um conjunto de documentos pertinentes ao processo de discussão para a construção global dos conceitos fundamentais sobre a promoção da saúde pela perspectiva da cobertura universal e dos sistemas de saúde que a adotam. Na sequência será apresentada a compreensão defendida pela Organização Mundial da Saúde do que vem a ser a cobertura universal de saúde e os sistemas que a adotam.

Na última seção será apresentado o processo, ainda em construção, de universalização da cobertura de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde, com ênfase nas ações voltadas à estruturação dos recursos humanos para a saúde.

A finalidade de apresentar este aparato histórico é tornar perceptível a estreita relação estabelecida entre a aspiração global sobre a cobertura universal de saúde e as ações implementadas internamente no Brasil voltadas à efetivação desta intenção internacional por meio do Sistema Único de Saúde. O caminho a ser percorrido para atingir este escopo parte de um ponto de vista mais abstrato para ganhar contornos cada vez mais concretos, destinados a compreender a atual base em que se assenta a saúde pública brasileira.

Iniciar os estudos da Atenção Básica de Saúde brasileira a partir deste panorama macro permite desenvolver proposições tangíveis sobre a avaliação das políticas públicas

² Neste estudo adota-se a concepção de Giddens (1991, p. 60) a respeito da globalização, “definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa”. As conexões entre “o local e o global (...) tornaram-se inextricavelmente entrelaçados” (GIDDENS, 1991, p. 98), cuja globalização refere-se a este processo de alongamento complexo e multidimensional das relações em escala global, de modo que um acontecimento gera impacto em diversas partes do globo. Interessa para a presente tese o fenômeno da interconexão entre as orientações geradas no plano internacional e as práticas realizadas no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil.

de saúde hábeis a satisfazer os objetivos locais do Estado, relativas aos recursos humanos em saúde na área médica, conforme será explicitado no *quinto capítulo*. Também permite identificar as prováveis correlações entre os propósitos traçados ao longo do tempo por instituições internacionais e as práticas aplicadas no plano nacional brasileiro em decorrência da influência global exercida sobre este setor.

Este estudo é imprescindível para decifrar a linha mestra que percorre toda a estrutura do sistema de saúde brasileiro ao possibilitar o entendimento sobre o processo de confluência e harmonização das estratégias e ações de políticas públicas de saúde dos planos global e local, ou seja, dos cenários internacional e brasileiro, conforme será apresentado no próximo capítulo.

Portanto, a discussão sobre a cobertura universal de saúde, além de percorrer os meandros da abstração para o concreto e do geral para o local, também transitará de um itinerário idealista em direção ao pragmatismo, com o objetivo de diminuir os conflitos e gerar um processo apto a atingir e preservar a universalização da saúde. Esta pesquisa será iniciada no tópico seguinte que discorrerá sobre a ascensão da saúde como direito universal.

1.1 ASCENSÃO DA SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL

A universalidade da saúde fundamenta-se no ramo do direito, mais especificamente dos direitos humanos, enquanto prerrogativa comum positiva atribuída à todas as pessoas, decorrente de lutas populares voltadas a conferir ao Estado o dever de seu fornecimento na qualidade de direito fundamental (VALLE, 2009; FREITAS, 2010; ALEXY, 2012; LIBERATI, 2013). Por isso, a universalidade se contrapõe ao particularismo e à eletividade nos atendimentos à saúde. Esta antinomia sedimenta-se na construção estratégica social da temática que busca se desvencilhar de critérios discriminatórios de elegibilidade para fornecimento dos serviços de saúde (MATTA, 2008).

Em uma perspectiva global, a ascensão da saúde como direito universal decorre das ações implementadas pela Organização Mundial da Saúde, agência intergovernamental especializada em políticas de prevenção, promoção e intervenção em saúde na esfera mundial subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU). Seus estatutos foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante a reunião convocada pelo

Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), ocorrida em Nova York, para a Conferência Internacional da Saúde. Mas, a fundação deste organismo sobreveio, efetivamente, no dia 07 de abril de 1948, para fins de consolidar a missão de desenvolver ao máximo o nível da saúde humana, sendo atualmente composta por 194 Estados-Membros. É por este motivo que a Constituição da Organização Mundial da Saúde data de 1946 (WHO, 2006a; FERREIRA *et al.*, 2014; WHO, 2015).

A referida Constituição, em seu preâmbulo, dispõe que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 2006a, p. 01, tradução nossa³). Ainda fixa o entendimento de que “gozar do melhor estado de saúde que é possível alcançar constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano...” (WHO, 2006a, p. 01, tradução nossa⁴), cuja “saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança...” (WHO, 2006a, p. 01, tradução nossa⁵). Por conta disso, o artigo 1º da referida norma revela que “a finalidade da Organização Mundial da Saúde (...) será alcançar para todos os povos o mais elevado nível de saúde possível” (WHO, 2006a, p. 02, tradução nossa⁶).

A saúde também emerge como direito universal na Declaração Universal de Direitos Humanos das Nações Unidas de 1948. Este documento prevê, em seu artigo 25, que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde, e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis...” (ONUBR, 2009, p. 13).

Atingir o propósito da cobertura universal de saúde, embora seja uma atribuição precípua da Organização Mundial da Saúde, também se apresenta como missão institucional da Organização das Nações Unidas, que o persegue por meio da cooperação internacional no intuito de resolver problemas mundiais de caráter social e humanitário (ONUBR, 2016).

O estabelecimento deste arquétipo da fundamentalidade do direito à saúde se expande para os mais variados setores ao exigir a retomada dos direitos civis, sociais, culturais, políticos e econômicos de forma holística, isto é, como um todo indivisível,

³ Tradução livre do original: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

⁴ Tradução livre do original: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...”

⁵ Tradução livre do original: “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad...”

⁶ Tradução livre do original: “La finalidad de la Organización Mundial de la Salud (...) será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.”

orgânico, inseparável e interdependente, reestruturando a taxonomia social ao separar as arenas de luta em grandes frentes ideológicas (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; WHO, 2006a; ONUBR, 2009).

Portanto, a partir do momento em que foram firmados os preceitos normativos da Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas, nos anos de 1946 e 1948, respectivamente, a implementação da universalização do direito à saúde tornou-se um objetivo buscado por diversos mecanismos e setores de abrangência global. O intuito, desde então, tem sido confluir o ideário mundial para um novo paradigma, concebido na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-República Socialista Soviética) no período de 6 a 12 de setembro de 1978. Esta ação resultou na Declaração de Alma-Ata (1978) e propôs o acesso aos serviços de saúde para todos, como meta a ser alcançada no ano 2000, bem como a estratégia de Atenção Primária de Saúde (APS)⁷.

A Declaração de Alma-Ata (1978) ao instituir o lema ‘*Saúde para Todos*’ reafirmou que a saúde é um direito humano fundamental, cuja consecução do mais alto nível de saúde constitui a principal meta social mundial a ser atingida por intermédio da participação multissetorial, envolvendo os setores social e econômico, com enfoque na área da saúde. Esta prática visa superar a responsabilidade exclusiva atribuída aos gestores públicos ao reparti-la com os indivíduos e estimular a participação ativa da sociedade.

Neste documento, a saúde foi alçada a objeto de preocupação comum de todos os países participantes, notadamente no que concerne à redução da lacuna percebida entre o estado de saúde da população pertencente a países em desenvolvimento em comparação àquela de países desenvolvidos. A diretriz para atingir esta meta, seria a adoção de cuidados primários de saúde, caracterizados como:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao

⁷ Cumpre ressaltar que a interpretação do termo ‘*Atenção Primária de Saúde*’, caracterizado pela Organização Mundial da Saúde como um direito social fundamental de caráter universal e apresentado como objetivo global por meio da Declaração de Alma-Ata, não é unívoca. A exemplo, cita-se o Banco Mundial que defende uma compreensão mais reduzida do termo, segundo o qual a *Atenção Primária de Saúde* é vislumbrada em uma perspectiva focalizada, enquanto um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade destinada a populações de baixa renda, para o fim de reduzir a exclusão social e econômica gerada pela expansão do capitalismo global. O Banco Mundial somente admite a universalização dos cuidados primários de saúde para os países que possam suportar os custos a ela inerentes (BANCO MUNDIAL, 1993; AGUIAR, 2003; MATTA, MOROSINI, 2008b; DMYTRACZENKO, ALMEIDA, 2016).

alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, s. p.).

Referida Declaração (1978, s.p.) confere poder à sociedade ao dispor, em seu item IV, como “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”. Portanto, os cuidados primários de saúde passam a ser compreendidos como o nível elementar de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Este, por sua vez, terá por fim sanar os principais problemas de saúde, mediante a adoção de medidas de proteção, cura e reabilitação, além da prevenção, controle de doenças e fornecimento de medicamentos essenciais, atrelado à educação em saúde⁸.

A Declaração de Alma-Ata (1978), ao apresentar a iniciativa resultante da Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, tornou-se um marco no desenvolvimento da saúde mundial e representou o início de diversas outras ações multinacionais com a finalidade de transformar o paradigma da saúde mundial mediante a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002a; HEIDMANN *et al.*, 2006). Este documento propõe que o atendimento da saúde da população deve ser prestado por médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários, em uma perspectiva interdisciplinar, mediante a instituição de serviços locais de saúde e participação social na gestão e controle destas atividades (MATTA; MOROSINI, 2008b).

As Conferências Globais sobre Promoção da Saúde⁹ que se sucederam à Declaração de Alma-Ata – Ottawa (1986); Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jakarta (1997); México (2000); Bangkok (2005); Nairobi (2009), Helsink (2013) e Shangai

⁸ A educação em saúde é compreendida como “1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia da pessoa no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com as necessidades (...) i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2012a, p. 20).

⁹ Os textos pertinentes a todas as Conferências de Promoção Global da Saúde estão disponíveis no site oficial da Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>) (WHO, 2017a).

(2016), além das Conferências Sub-regionais de Bogotá (1992) e de Port of Spain (1993) – denotam que a promoção da saúde passou a ser entendida por uma perspectiva ampliada, posicionando-se definitivamente como componente central do desenvolvimento humano, econômico e cultural e atrelando-se aos mais variados determinantes ou fatores de saúde, tais como o ambiente e o estilo de vida (HEIDMANN *et al.*, 2006; PEREIRA, OLIVEIRA, 2014). Todo esse envolvimento global visa reduzir as iniquidades sociais relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, bem como promover avanços para alcançar os objetivos traçados desde a origem da Organização Mundial da Saúde, consistente na universalização da saúde, mediante a prática de ações destinadas a melhorar a condição da saúde mundial ao sanar os problemas regionais (BRASIL, 2002a).

Entender a promoção da saúde pelo aspecto do fornecimento dos serviços afetos à atenção básica permite superar problemas críticos na saúde pública gerados pela desigualdade na distribuição dos bens e serviços promotores de saúde. Esta prática exige a participação social ativa, conferindo-lhe o direito de apoderar-se dos mecanismos de exercício democrático no bojo do processo decisório com a finalidade de atingir a evolução social, em decorrência da mútua relação estabelecida entre a saúde e o desenvolvimento social. Isto fica mais evidenciado a partir da compreensão do significado atribuído ao termo '*cobertura universal de saúde*' e à função conferida aos sistemas de saúde, conforme adiante se apresenta.

1.2 COMPREENDENDO OS TERMOS COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE

Esta subseção destina-se a apresentar o significado atribuído internacionalmente aos termos '*cobertura universal de saúde*' e '*sistema de saúde*'. O objetivo é evitar imprecisões interpretativas e evidenciar que a cobertura universal de saúde se apresenta como fim a ser atingido pelos organismos internacionais, enquanto os sistemas de saúde constituem os possíveis meios de realizá-la.

As premissas lançadas pela Declaração de Alma-Ata (1978) confluem para uma proposta de alteração global na prestação dos serviços em saúde, apontando para a necessidade de atribuir *saúde para todos* por meio da *cobertura universal de saúde*. Este último termo usualmente é mencionado pela Organização Mundial da Saúde por meio da sigla *UHC* e corresponde à abreviação do termo em inglês *Universal Health Coverage*.

A cobertura universal de saúde visa oferecer para todas as pessoas, os serviços de saúde – os quais abrangem promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos – com qualidade suficiente para ser eficaz e, ao mesmo tempo, não expor o usuário, eventualmente pagador dos serviços, a riscos de ruína financeira ou empobrecimento (OMS, 2010; 2013; WHO, 2013c).

De acordo com os parâmetros fixados pela Organização Mundial da Saúde, a cobertura universal de saúde incorpora três estratégias e objetivos conexos: *i*) a equidade no acesso aos serviços de saúde, no sentido de que todos que dele necessitem tenham o direito de fruí-los; *ii*) a qualidade dos serviços de saúde, referente à aptidão de promover a melhoria na saúde do usuário; e *iii*) a proteção contra os riscos financeiros, ao garantir ao usuário dos serviços de saúde que o custo desta utilização não o colocará em risco de prejuízos financeiros. Estes pontos concorrem para a ampliação dos serviços de saúde, condicionada ao resguardo da esfera financeira do usuário (OMS, 2005; 2010; 2013; WHO, 2013c).

Embora os partícipes devam respeitar a tríade de objetivos mencionada, o rol dos serviços inseridos na cobertura universal de saúde é dinâmico, por englobar a prestação de uma gama de atividades em sintonia com a capacidade do Estado, a depender do sistema de custeio do serviço (por impostos e/ou contribuições, incluindo aquelas para a seguridade social) ou à capacidade do usuário, de custearem os serviços de saúde, atrelado às necessidades locais, com preço acessível e aumento progressivo na disponibilização de novos serviços, observado o critério de continuidade no atendimento a ser prestado de forma equânime (OMS, 2010; 2013; WHO, 2013c).

Portanto, a cobertura universal de saúde somente será atingida a partir do preenchimento de três dimensões consistentes na *i*) disponibilização, a toda a população, dos serviços e meios de cuidados de saúde; *ii*) inclusão progressiva de serviços para atingir a integralidade no atendimento; e *iii*) proteção financeira ao reduzir os gastos diretos do usuário com saúde. O alcance deste patamar gera impacto direto sobre a saúde e o bem-estar da população. Segundo a Organização Mundial da Saúde, representa um componente crítico do desenvolvimento sustentável, da redução da pobreza e das desigualdades sociais ao permitir aos usuários desenvolver atividades produtivas e ativas, ambas dissociadas da preocupação inerente à manutenção da saúde (OMS, 2010; 2013; WHO, 2013c).

Em linhas gerais, dada à pretensão da Organização Mundial da Saúde em atingir a cobertura universal de saúde, suas estratégias acabam por aglutinar, a um só tempo, metas, objetivos e ações (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). Este ponto de convergência prática pretende encontrar soluções para problemas relacionados direta e indiretamente à saúde. Todavia, para as hipóteses de adversidades periféricas – que exorbitam o plano da saúde, mas com ele se relacionam –, a exemplo da questão da pobreza, são estabelecidos parâmetros de ações destinados à proteção financeira e a estruturação de um ou múltiplos sistemas de saúde integrados voltados a implementar a cobertura universal em si.

Por seu turno, um *sistema de saúde* deve ser entendido, segundo a Organização Mundial da Saúde, como todas as atividades cujo objetivo primordial seja promover, restaurar e/ou manter a saúde, bem como o método de organização das pessoas, instituições e recursos em conformidade com as políticas estabelecidas, com a finalidade de melhorar a saúde da população a que servem, respondendo às expectativas legítimas dos usuários e protegendo-os contra o custo da doença através de uma variedade de atividades, conferindo à Atenção Primária a função de melhorar a saúde (WHO, 2000; 2017b). Já o termo sistemas de saúde, no plural, compreende a estrutura analítica utilizada pela Organização Mundial da Saúde para descrever os diversos sistemas de saúde existentes, desagregando-os em seis componentes principais: liderança e governança (administração); prestação de serviços; força de trabalho; sistema de informação; produtos médicos; vacinas, tecnologias; e sistemas de custeio (ISLAM, 2007; WHO, 2007b; 2017b).

As funções a serem executadas por um sistema de saúde compõem um quadro analítico que permite descrever quatro pacotes de trabalho principais: prestar serviços; gerar recursos humanos e físicos que possibilitem a prestação de serviços; elevar e reunir recursos destinados ao custeio dos cuidados em saúde; e gerir, definir e aplicar as regras pertinente ao sistema, fornecendo orientação estratégica para todos os diferentes atores envolvidos. Estas funções são realizadas no intuito de se atingir três objetivos: saúde, responsabilidade e custeio justo (ISLAM, 2007; WHO, 2000; 2017b).

O desempenho de um sistema de saúde será medido pela perspectiva do nível de realização das ações nele previstas em relação aos recursos e à implementação de suas funções (prestação de serviços, geração de recursos e custeio e administração) para atingir seus objetivos (MURRAY, EVANS, 2003; WHO, 2017b).

Pela perspectiva do fortalecimento dos sistemas de saúde, a Organização Mundial da Saúde adota processos de identificação e implementação de mudanças nas políticas e práticas do sistema de saúde de cada país. A finalidade é superar os desafios de saúde e do próprio sistema vigente, mediante a adoção de um conjunto de iniciativas e estratégias que permitam melhorar uma ou mais das funções dos sistemas de saúde, tais como a própria saúde, o acesso, a cobertura, a qualidade ou a eficiência dos serviços prestados (ISLAM, 2007; WHO, 2010b; 2017b).

Em síntese, sistema ou sistemas de saúde são as estruturas que permitem implementar os objetivos e estratégias da cobertura universal de saúde. Tratam-se, portanto, do método utilizado para realizar a cobertura universal de saúde. Então, a cobertura de saúde é universal, mas o sistema utilizado para executá-la pode não o ser.

Atente-se, ainda, que o projeto de cobertura universal de saúde, defendido pela Organização Mundial da Saúde, pode ser executado mediante a adoção de diversos sistemas de saúde, os quais estão diretamente relacionados com a forma de custeio dos serviços. Os sistemas mais usuais são nacionais, com prestação exclusivamente estatal e custeio exclusivamente por tributo; vinculados ao sistema social, com custeio exclusivamente por meio de contribuições incidentes sobre a folha de salário; e liberais, baseado exclusivamente nas relações de mercado, podendo haver uma combinação entre estes (SANTOS; UGÁ; PORTO; 2008).

Logo, os termos cobertura universal e sistema universal não se contrapõem, mas se estabelecem estruturalmente de forma correlacional. Isto implica em afirmar que, para fins de cobertura universal de saúde, os sistemas de saúde não estão obrigados a prestar a totalidade ou universalidade dos serviços de saúde disponíveis no âmbito da saúde, considerando-se a gama disponível de conhecimento e tecnologia no tempo e no espaço (OMS, 2013; DMYTRACZENKO, ALMEIDA, 2016; LAURELL, 2016).

O que se exige no âmbito dos sistemas de saúde é que o pacote de serviços arrolados como de cobertura universal seja prestado desta forma e nesta extensão. No cenário brasileiro, a cobertura universal de saúde está prevista constitucionalmente e visa ser implementada por meio do Sistema Único de Saúde. Os serviços disponibilizados estão ordenados pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM¹⁰ do SUS (SIGTAP) e englobam: ações de promoção e prevenção

¹⁰ Há uma variação do significado atribuído à sigla OPM, a qual pode ser lida como Órtese, Prótese e Materiais ou Órtese, Prótese e Materiais Especiais. Alguns autores, a exemplo de Schulze e Gebran Neto (2015), atribuem a este segundo significado a sigla OPME, enquanto a Portaria nº 2.848/2007-MS, que

de saúde; procedimentos com finalidade diagnóstica; procedimentos clínicos; procedimentos cirúrgicos; transplantes de órgãos, tecidos e células; medicamentos; órteses, próteses e materiais especiais, além de ações complementares da atenção à saúde (BRASIL, 2016a¹¹). O estudo sobre o sistema de saúde brasileiro será objeto de aprofundamento no próximo capítulo.

Por ora, compreendido o porquê de a cobertura universal de saúde constituir o fim a ser perseguido globalmente, bem como que os sistemas de saúde são os meios destinados a realizá-la, torna-se possível tangenciar os processos inerentes a esta concretização. Isto será abordado no próximo tópico.

1.3 O PROCESSO DE UNIVERSALIZAÇÃO DA COBERTURA DE SAÚDE

O objetivo deste tópico é apresentar o processo de substituição do slogan internacional de *'saúde para todos'* estabelecido pela Declaração de Alma-Ata (1978) para o de *'cobertura universal de saúde'*, bem como as metas estabelecidas internacionalmente para atingir este escopo. Estas metas estão delineadas nos itens '1.3.1' e '1.3.2', cujo primeiro item apresenta as principais iniciativas internacionais relatadas pela Organização Mundial da Saúde destinadas a conferir acesso aos serviços de saúde para todos; e o segundo item expõe as principais práticas, também de âmbito global, destinadas à estruturação dos recursos humanos em saúde, partindo da perspectiva dos arranjos educacionais sobre saúde pública até as atuais orientações organizacionais internacionais sobre o tema.

A abordagem até aqui apresentada denota que a cobertura universal de saúde constitui um objetivo global, iniciado com a proposta de *'saúde para todos'* defendida na Declaração de Alma-Ata (1978) e enfrentado com maior determinação a partir do ano 2000, com a realização do *Millennium Summit* (Cúpula do Milênio) que culminou na Declaração do Milênio, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Estiveram presentes nesta assembleia 149 chefes de Estado e Governo, além de funcionários do alto escalão de outros 40 países (UN, 2016). Deste evento resultou a formalização de um

publica a tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, utiliza-se da sigla OPM (BRASIL, 2007a).

¹¹ A Tabela Unificada que contempla os procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS pode ser acessada a partir do seguinte endereço eletrônico: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 30 ago. 2016 (BRASIL, 2016a).

compromisso entre as nações partícipes de reduzirem a pobreza extrema mediante a adoção de uma série de metas até o ano de 2015, denominadas Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹². No âmbito da saúde, três ações – a serem cumpridas nos níveis local, nacional, regional e global – foram estabelecidas pela comunidade internacional, destinadas à redução das mortalidades infantil e materna, assim como ao combate à HIV/AIDS¹³, à malária e a outras doenças graves que afligem a humanidade (UN, 2000).

Todavia, o lema ‘*cobertura universal de saúde*’, empregado inicialmente na Cúpula do Milênio do ano de 2000, somente suplantou aquele consagrado na Declaração de Alma-Ata, em 1978, de ‘*Saúde Para Todos*’ no ano de 2005, a partir da Resolução WHA58.33 sobre o financiamento sustentável da saúde, a cobertura universal e o seguro social de saúde (WHO, 2005). Esta resolução, firmada na 58ª Assembleia Mundial de Saúde, foi o primeiro documento formalizado sobre o tema da cobertura universal. Neste ato, os signatários assumiram a responsabilidade coletiva de produzir avanços em relação aos ODM relacionados à saúde para efetivar o direito fundamental de acesso dos indivíduos aos “serviços de saúde de que necessitam, tais como prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, sem risco de ruína financeira ou empobrecimento no momento e no futuro” (OMS, 2013, p. 04).

A cobertura universal de saúde, portanto, pode ser compreendida como uma forma de promover o desenvolvimento humano sem que as despesas com a manutenção da saúde constituam a causa do empobrecimento individual. Para afastar esse reflexo financeiro decorrente da busca do cuidado com a saúde, a solução encontrada respalda-se em um sistema de custeio e compartilhamento das despesas com a saúde entre os atores envolvidos, com observância do contexto particular de cada país que engloba critérios macroeconômicos, socioculturais e políticos (WHO, 2005).

¹² No site das Nações Unidas (<http://www.un.org/millenniumgoals/>) podem ser acessados todos os documentos oficiais pertinentes aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (UN, 2017a). A partir de 2015 os ODM foram substituídos pelos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) e estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>) (UN, 2017b). Por sua vez, elementos orientadores da posição brasileira na negociação da agenda de desenvolvimento pós-2015 podem ser acessadas no site oficial do Ministério das Relações Exteriores (http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODS-pos-bras.pdf) (BRASIL, 2014a).

¹³ O estágio final da doença provocada pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana ou ‘*Human Immunodeficiency Virus*’) é a AIDS. Esta sigla origina-se do inglês e significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ‘*Acquired Immunodeficiency Syndrome*’. (UN, 2000; BRASIL, 2017a; 2017b).

Seguindo esta perspectiva de cobertura universal de saúde, a Assembleia Mundial da Saúde das Nações Unidas, realizada de 14 a 16 de setembro de 2005, denominada *2005 World Summit* (Cúpula Mundial de 2005), influenciada pela Declaração do Milênio do ano 2000 e pela Resolução WHA58.33 da Organização Mundial da Saúde de 2005, fixou medidas concretas a serem implementadas em quatro esferas: *i*) desenvolvimento; *ii*) paz e segurança coletiva; *iii*) direitos humanos e império da lei; e *iv*) fortalecimento das Nações Unidas. Os esforços direcionados para o âmbito da saúde internacional foram posicionados na esfera (*i*), de desenvolvimento, e voltam-se ao tratamento do HIV/AIDS, da malária, da tuberculose e outras questões de saúde, tais como a saúde reprodutiva e o desenvolvimento de novos métodos para combater as pandemias e doenças tropicais (UN, 2005). O objetivo traçado neste setor seria alcançar os ODM, mais tardar até o ano de 2015.

Neste documento, o primeiro item do pacto pertinente ao desenvolvimento visa:

- a) Aumentar os investimentos, aproveitando os mecanismos existentes e por meio de parcerias, para melhorar os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento e daqueles com economia em transição, com o objetivo de fornecer trabalhadores de saúde, infraestrutura, os sistemas de gestão e suprimento suficientes para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde até 2015. (UN, 2005, p. 15 – tradução nossa¹⁴).

O item citado, por si só, revela a amplitude de atuação pretendida pela comunidade internacional com o objetivo de atingir a equidade social no acesso aos serviços de saúde de forma global e o propósito de fornecer trabalhadores da área da saúde suficientes para atender aos indivíduos que necessitarem destes serviços, ante o forte impacto desta prática no desenvolvimento dos países pobres ou com economia em transição. Isto é evidenciado nos relatórios desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde, os quais serão apresentados no próximo subitem.

¹⁴ Tradução livre do original: “(a) Increasing investment, building on existing mechanisms and through partnership, to improve health systems in developing countries and those with economies in transition with the aim of providing sufficient health workers, infrastructure, management systems and supplies to achieve the health-related Millennium Development Goals by 2015”.

1.3.1 Relatórios da Organização Mundial da Saúde relacionados à cobertura universal de saúde

Estabelecidos os planos de ações a serem implementados pelos signatários da Organização Mundial da Saúde para atingir a cobertura universal de saúde, destacam-se os seguintes relatórios, destinados a avaliar e implementar os objetivos alinhados pelas diretrizes anteriormente citadas:

i) Relatório Mundial da Saúde 2006 – Trabalhando juntos pela saúde: apresenta uma análise sobre a crise da força de trabalho em saúde e propõe um plano de ação, a ser implementado nos próximos dez anos, para superar insuficiência de profissionais da área de saúde para fornecer a Atenção Primária de saúde, considerando a carência estimada de 2,4 milhões de médicos, parteiras, enfermeiros e profissionais de apoio em cinquenta e sete países (OMS, 2007).

ii) Relatório Mundial de Saúde 2008. Atenção Primária em Saúde – Agora mais do que nunca: chama os partícipes a uma renovação dos cuidados primários de saúde, bem como dos compromissos assumidos por meio da Declaração de Alma-Ata de 1978, propondo reformas em quatro eixos temáticos: *a)* na cobertura universal de saúde, para mais equidade em saúde; *b)* na prestação dos serviços, para orientar os sistemas de saúde para as pessoas; *c)* nas políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades; e *d)* nas lideranças políticas, para tornar as autoridades de saúde mais confiáveis, mediante o fortalecimento do comprometimento do Estado no âmbito da saúde (OMS, 2008).

iii) Relatório Mundial de Saúde 2010. Financiamento dos Sistemas de Saúde – O caminho para a cobertura universal: apresenta indicações práticas sobre os modos de financiamento dos cuidados de saúde com ênfase no caminho para a cobertura universal. O objetivo é reduzir o desperdício dos gastos em saúde por ineficiência, apontando áreas específicas em que melhores práticas podem aumentar o impacto das despesas em saúde para se atingir a cobertura universal sem aumentar gastos (OMS, 2010).

iv) Relatório Mundial da Saúde 2013 – Pesquisa para a cobertura universal de saúde: Avalia o progresso realizado desde o ano 2000, bem como se atenta ao prazo final, em 2015, para cumprimento dos ODM que têm consequências para a saúde, os quais “referem-se à saúde infantil (ODM 4), à saúde materna (ODM5) e ao controle de HIV/AIDS, malária, tuberculose e outras doenças transmissíveis importantes (ODM6)”

(OMS, 2013, p. iv). Ainda, apresenta tendências de implementação da cobertura universal de saúde que podem ser utilizadas como exemplos para expansão da cobertura para os mais variados países, consideradas informações relevantes para ajudar no processo de tomada de decisões políticas (OMS, 2013).

Todos os documentos citados apontam a existência de vários caminhos que permitem a concretização da cobertura universal de saúde, com a ressalva de que devem ser trilhados em conformidade com os fatores ou determinantes de saúde de cada país. Assim, o processo de percepção sobre as particularidades de cada Estado é que permitirá eleger as ações imprescindíveis para se atingir a universalização pretendida, saindo da perspectiva idealmente traçada pelos organismos internacionais para uma esfera concreta e pragmática de universalização da saúde.

1.3.2 Estratégias e diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre recursos humanos

O subitem antecedente logrou evidenciar, por intermédio dos relatórios desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde, a existência de inúmeros caminhos possíveis para se atingir a cobertura universal de saúde. Agora, torna-se possível discorrer sobre quais foram os trajetos eleitos para alcançar citada pretensão especificamente no que tange à formação dos recursos humanos em saúde.

As discussões pertinentes aos recursos humanos em saúde em grande medida perpassam a estruturação do sistema educacional sobre a saúde pública. Por isso, torna-se relevante discorrer sobre os sistemas educacionais defendidos ao longo do tempo que culminaram na busca pelo objetivo de universalizar a cobertura da saúde mediante o fornecimento de profissionais habilitados a atenderem a demanda gerada neste setor.

O primeiro marco a ser abordado neste quesito é constituído pelo *modelo flexneriano* de organização da saúde, desenvolvido por Flexner em 1910 (1972), o qual propôs a reformulação do ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá, ao defender o estabelecimento de critérios curativos e de reducionismo biológico, voltados primordialmente à atenção individual e dissociados de variáveis externas à saúde. Este modelo viveu hegemonicamente até 1920, ano em que Bertrand Dawson confeccionou o ‘*Relatório Dawson*’ com a finalidade de avaliar o sistema educacional médico inglês e propor a reestruturação das bases educacionais da saúde na Inglaterra, organizando-a de

forma regionalizada e em nível de complexidade crescente (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

O Relatório Dawson conferiu aos clínicos gerais os serviços primários de saúde. Os médicos, auxiliados por enfermeiros, teriam a atribuição de desenvolver a medicina curativa e preventiva, em observância às necessidades populacionais de cada região. Todos seguiriam critérios de integralidade da atenção com o intuito de aumentar o grau de resolutividade e reduzir os custos do sistema de saúde e o uso indiscriminado das tecnologias médicas (MINISTRY OF HEALTH, 1920; AGUIAR, 2003; MATTA, MOROSINI, 2008b).

Como afirma Aguiar (2003), o modelo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de diversos países ao definir as características básicas da Atenção Primária de Saúde de forma global, acolhido pela Declaração de Alma-Ata de 1978. Esta Declaração ao visar oferecer ‘*saúde para todos*’, incorporou ao contexto da compreensão sobre a saúde pública a interferência gerada pelas condições econômicas e sociais, dentre outros elementos como o uso da tecnologia em saúde, a redução das desigualdades e a participação social enquanto componentes fundamentais na estruturação dos serviços e no atingimento de metas tendentes a alcançar um maior desenvolvimento dos países (MATTA; MOROSINI, 2008b). As premissas em referência foram adotadas pelo Brasil, como será visto na *subseção* ‘2.2’.

Uma vez estabelecidas as linhas mestras a serem seguidas no sistema educacional de saúde, com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde para todos, a Organização Mundial da Saúde criou uma linha de ação específica aplicada aos profissionais de saúde, denominada “*Health Workforce*”¹⁵. Neste segmento organizativo, dentre as resoluções mais relevantes, destacam-se a Resolução WHA43.19, resultado da quadragésima terceira Assembleia Mundial de Saúde, de 17 de maio de 1990, que discorre sobre o papel da pesquisa em saúde e reconhece a importância do fortalecimento da capacidade de investigação das políticas nacionais de saúde para encontrar soluções hábeis a melhorar a saúde, notadamente no âmbito das políticas de saúde e ciências sociais, dentre outros. Com isso, a Assembleia exorta os Estados-Membros a “(1) identificar e compreender os seus próprios problemas prioritários de saúde; (2) melhorar a utilização dos recursos limitados; (3) melhorar a política de gestão em saúde; (4)

¹⁵Informações, ações, estatísticas, resoluções outros temas relacionados com o desenvolvimento de pessoal da saúde estão todos agrupados no site oficial da Organização Mundial da Saúde, disponíveis no seguinte endereço: “<http://www.who.int/hrh/resolutions/en/>” (WHO, 2016a).

promover a inovação e experimentação; (5) contribuir para novos conhecimentos” (WHO, 1990, s. p. – tradução nossa¹⁶).

Em relação aos países em desenvolvimento, orienta a prática de ações voltadas para

- (1) a definição de políticas de pesquisa em saúde nacionais e estratégias para a sua implementação;
- (2) construir e fortalecer a capacidade nacional de pesquisa, investindo recursos nas instituições nacionais para proporcionar oportunidades de carreira adequadas para atrair e reter seus próprios cientistas (...)
- (3) criar ou fortalecer mecanismos que facilitem a consideração dos resultados da pesquisa no nível de formulação das políticas, bem como a sua transformação nas operações dentro dos sistemas de saúde (WHO, 1990, s. p. – tradução nossa¹⁷)

Por fim, ainda convida a comunidade de investigadores a comprometerem-se com o desenvolvimento de pesquisas essenciais de saúde, adequadas às necessidades locais e problemas globais de saúde, bem como a intensificar os esforços para divulgar os resultados de pesquisas desenvolvidas para apoiar a tomada de decisão e os processos de alocação de recursos (WHO, 1990).

A Resolução WHA48.8, editada por ocasião da quadragésima oitava Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 1995, disciplina a reorientação do ensino médico e da prática médica para se atingir o fornecimento de acesso aos serviços de saúde para todos. Decorre da necessidade de se alcançar maior valor, qualidade, relação custo-eficácia e equidade na prestação dos serviços de saúde que exige um número adequado de profissionais, com a reorientação da educação médica para um contexto multidisciplinar na prestação de cuidados de saúde (WHO, 1995). Amparada neste contexto, exorta os Estados membros

- (1) a avaliar, dentro do contexto de suas necessidades de recursos humanos para a saúde, a contribuição especial de médicos e escolas médicas para alcançar a saúde para todos;

¹⁶ Tradução livre do original: “(1) identify and understand their own priority health problems; (2) improve the use of limited resources; (3) improve health policy and management; (4) foster innovation and experimentation; (5) contribute to new knowledge”.

¹⁷ Tradução livre do original: “(1) to define national health research policies, and strategies for their implementation; (2) to build and strengthen national research capabilities by investing resources in national institutions, by providing appropriate career opportunities to attract and retain their own scientists (...); (3) to create, or strengthen, mechanisms that facilitate consideration of research results at the policy-making level, as well as their translation into health systems operation”.

- (2) a colaborar com todos os organismos envolvidos, incluindo as associações profissionais, para a definição do perfil desejado dos futuros médicos e dos respectivos papéis complementares entre generalistas e especialistas no âmbito de suas relações com os prestadores de cuidados de saúde primários, a fim de melhor responder às necessidades das pessoas e melhorar o estado da saúde;
- (3) a promover e apoiar pesquisas sobre sistemas de suporte de saúde, destinados a definir o número ideal para a implementação da prestação dos cuidados de saúde, considerando-se a infraestrutura e as condições de trabalho, a fim de melhorar e aumentar a relevância do atendimento médico na relação custo-eficácia;
- (4) a apoiar os esforços para melhorar a relevância dos programas de educação médica e a contribuição de escolas médicas para a implementação de mudanças na prestação de cuidados de saúde, bem como para a reforma da educação básica para considerar a contribuição dos médicos e clínicos gerais para a orientação dos serviços de saúde primária (WHO, 1995, s. p. – tradução nossa¹⁸).

As recomendações e diretrizes delineadas na Resolução em referência (WHA48.8) evidenciam o esforço da comunidade internacional para desenvolver modelos aptos a permitir a formação contínua da força de trabalho médico enquanto elemento indispensável ao amplo fornecimento dos cuidados de saúde. A perspectiva adotada é de expansão do acesso aos serviços de saúde, em atendimento ao objetivo perseguido de saúde para todos (WHO, 1995).

Outro ponto relevante abordado pela Organização Mundial da Saúde é a questão da migração internacional dos profissionais de saúde, considerado um desafio para os sistemas de saúde, especialmente dos países em desenvolvimento. Isto consta na Resolução WHA57.19, resultante da quinquagésima sétima Assembleia Mundial de Saúde, realizada no ano de 2004, que busca soluções para estancar o fluxo migratório de profissionais de saúde altamente qualificados a nível nacional e regional (WHO, 2004).

A Resolução referida (WHA57.19) exorta os Estados-Membros a:

- (1) desenvolver estratégias para mitigar os efeitos adversos da migração do pessoal de saúde e minimizar o seu impacto negativo sobre os sistemas de saúde;

¹⁸ Tradução livre do original: “(1) to review, within the context of their needs for human resources for health, the special contribution of medical practitioners and medical schools in attaining health for all; (2) to collaborate with all bodies concerned, including professional associations, in defining the desired profile of the future medical practitioner and, where appropriate, the respective and complementary roles of generalists and specialists and their relations with other primary health care providers, in order to respond better to people's needs and improve health status; (3) to promote and support health systems research to define optimal numbers, mix, deployment, infrastructure and working conditions in order to improve the medical practitioner's relevance and cost-effectiveness in health care delivery; (4) to support efforts to improve the relevance of medical educational programmes and the contribution of medical schools to the implementation of changes in health care delivery, and to reform basic education to take account of the contribution made by general practitioners to primary health care-oriented services”.

- (2) formular e implementar políticas e estratégias que possam melhorar a retenção eficaz do pessoal de saúde, incluindo, mas não limitando, o fortalecimento de recursos humanos para a saúde, planejando e gerindo a revisão de salários e a implementação de sistemas de incentivos;
- (3) usar acordos de governo a governo para configurar programas de troca de pessoal da saúde como mecanismo de gerenciamento da migração;
- (4) estabelecer mecanismos para mitigar o impacto negativo nos países em desenvolvimento decorrente da perda de pessoal de saúde por força da migração, incluindo meios para os países que os recebem apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde, em particular o desenvolvimento dos recursos humanos, nos países de origem (WHO, 2004, s. p. – tradução nossa¹⁹).

A manutenção de profissionais da saúde nos países de origem e sua regular distribuição no espaço social também é considerada uma questão de alta prioridade no âmbito global. A criação de mecanismos apropriados para manutenção dos recursos humanos necessários à satisfação do acesso à saúde ultrapassa o investimento na formação dos profissionais da saúde para analisar os critérios de alocação deste pessoal (WHO, 2004).

A Resolução WHA59.23, resultante da quinquagésima nona Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 2006, em momento posterior à divulgação do Relatório Mundial da Saúde de 2006, reconhece que a escassez dos profissionais de saúde interfere no resultado dos esforços empregados para alcançar as metas de desenvolvimento relacionadas à saúde, incluindo os objetivos decorrentes da Declaração do Milênio do ano 2000. Ainda, discorre sobre a necessidade de uma rápida intensificação na produção de profissionais de saúde e encoraja os Estados-Membros a firmarem o compromisso de formar mais profissionais da saúde para minimizar os danos decorrentes da migração destes profissionais, dentre outras ações (UN, 2000; WHO, 2006b).

Constatada a imprescindibilidade de se estabelecer um maior compromisso entre os partícipes sobre o desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde (RHS) e a aceleração das negociações para a elaboração do Código Global de Conduta para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde, foi firmado o documento estratégico denominado “*Declaração de Kampala: Agenda para a Ação Global*”,

¹⁹ Tradução livre do original: “(1) to develop strategies to mitigate the adverse effects of migration of health personnel and minimize its negative impact on health systems;
(2) to frame and implement policies and strategies that could enhance effective retention of health personnel including, but not limited to, strengthening of human resources for health planning and management, and review of salaries and implementation of incentive schemes;
(3) to use government-to-government agreements to set up health-personnel exchange programmes as a mechanism for managing their migration;
(4) to establish mechanisms to mitigate the adverse impact on developing countries of the loss of health personnel through migration, including means for the receiving countries to support the strengthening of health systems, in particular human resources development, in the countries of origin”.

resultante do Primeiro Fórum Global sobre Recursos Humanos para a Saúde realizado em 2008, com o lema “*Profissionais de saúde para todos. Todos pelos profissionais de saúde*”. O objetivo deste documento foi estabelecer um programa de ações indicando os principais passos necessários à resolução da crise global de insuficiência de Recursos Humanos em Saúde – RHS (*Human Resources for Health – HRH*) (WHO, 2008), cujas seis estratégias fundamentais restaram assim estabelecidas:

1. Criar uma liderança nacional e internacional coerente para encontrar soluções para a crise de profissionais da saúde;
2. Garantir a capacidade de resposta fundamentada em evidências e aprendizagem conjunta;
3. Ampliar a educação e formação de profissionais de saúde;
4. Manter uma força de trabalho em saúde eficaz, responsiva e equitativamente distribuída;
5. Gerenciar as pressões do mercado internacional e seu impacto sobre a migração dos profissionais de saúde;
6. Garantir investimentos adicionais e mais produtivos em recursos humanos para a saúde. (WHO, 2008, p. 13 – tradução nossa²⁰).

O Segundo Fórum Global sobre recursos humanos em saúde, realizado em 2011 em Bangkok – Tailândia e teve como objetivo revisar o progresso alcançado a partir do 1º Fórum Global sobre recursos humanos em saúde, bem como renovar os compromissos com os trabalhadores de saúde para a consecução dos ODMS, dentre outros (WHO, 2011a).

O Terceiro Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, realizado no ano de 2013 em Recife – Brasil, cujo tema principal foi ‘*RHS: bases para a universalização da cobertura de saúde e a agenda de desenvolvimento pós-2013*’. Seu principal objetivo foi anunciar novos compromissos tangíveis de recursos humanos em saúde; atualizar a agenda dos recursos humanos em recursos humanos em saúde para torná-la relevante para o discurso da política de saúde atual, incluindo o impulso para acelerar o progresso ao atingimento dos ODM; promover a cobertura universal de saúde; e identificar as prioridades de desenvolvimento da saúde pós-2015 (WHO, 2013a).

²⁰ Tradução livre do original: “1. Building coherent national and global leadership for health workforce solutions

2. Ensuring capacity for an informed response based on evidence and joint learning

3. Scaling up health worker education and training

4. Retaining an effective, responsive and equitably distributed health workforce

5. Managing the pressures of the international health workforce market and its impact on migration

6. Securing additional and more productive investment in the health workforce”.

Por sua vez, na Resolução WHA62.12 (WHO, 2009) que aborda temas inerentes aos cuidados primários de saúde, incluindo o fortalecimento do sistema, os Estados-Membros foram convidados a

(5) formar e reter um número suficiente de profissionais da saúde, com combinação apropriada de habilidade, incluindo enfermeiros de cuidados primários de saúde, parteiras, demais profissionais da área da saúde, inclusive médicos de família, capazes de trabalhar em um contexto multidisciplinar, em cooperação com agentes comunitários de saúde não-profissionais, a fim de responder de forma eficaz a necessidade de saúde das pessoas (WHO, 2009, ps. 02-03 – tradução nossa²¹).

Diante desse contexto, atinente à migração dos profissionais da Saúde, foi redigido o *Código Global da OMS de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde* (Resolução WHA63.16/2010), de adoção voluntária (WHO, 2010a). Seu escopo é ser um guia para os Estados-Membros em relação ao assunto ao estabelecer, em seu artigo 2º, item 2.3, que o Código “fornece princípios éticos aplicáveis ao recrutamento internacional de pessoal de saúde de forma a fortalecer os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, os países com economia em transição e pequenos estados insulares” (WHO, 2010, p. 03 – tradução nossa²²).

Este diploma destina-se a suprir as carências de profissionais da área da saúde com a finalidade de proteger a saúde global. Visa, inclusive, o fortalecimento do sistema de saúde de forma equitativa, com base em princípios internacionais voluntários alinhados à coordenação de políticas nacionais para mitigar efeitos negativos de migração de profissionais de saúde sobre o sistema de saúde dos países em desenvolvimento. Citados países sofrem com a escassez de profissionais ou têm uma capacidade limitada para implementar as recomendações do Código Global em menção, resguardados os direitos de liberdade pessoal dos profissionais da saúde em conformidade com as leis aplicáveis ao processo de migração.

O procedimento de recrutamento internacional dos profissionais em saúde deve observar os princípios da transparência e da equidade, além de promover a

²¹ Tradução livre do original: “(5) to train and retain adequate numbers of health workers, with appropriate skill mix, including primary health care nurses, midwives, allied health professionals and family physicians, able to work in a multidisciplinary context, in cooperation with non-professional community health workers in order to respond effectively to people’s health needs”.

²² Tradução livre do original: “2.3 The Code provides ethical principles applicable to the international recruitment of health personnel in a manner that strengthens the health systems of developing countries, countries with economies in transition and small island states”.

sustentabilidade dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. Todavia, o artigo 3º, item 3.6 do Código em referência dispõe que

Os Estados-Membros devem se esforçar, na medida do possível, para criar uma mão de obra de saúde sustentável e trabalhar no sentido de estabelecer estratégias eficazes de planejamento, educação e treinamento da força de trabalho em saúde e estratégias de retenção que irão reduzir a necessidade de recrutar profissionais de saúde migrantes. As políticas e medidas para fortalecer a força de trabalho da saúde devem ser apropriadas para as condições específicas de cada país e devem ser integradas aos programas nacionais de desenvolvimento. (WHO, 2010a, p. 04 – tradução nossa²³).

Ao dispor sobre desenvolvimento de profissionais de saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde, em seu artigo 5º, itens 5.3, 5.6 e 5.7, assevera que os profissionais de saúde são fundamentais para os sistemas de saúde sustentáveis. Por isso, os Estados-Membros devem se esforçar para atender às necessidades de saúde com recursos humanos próprios, observadas as particularidades de cada país, incluindo a atenção às áreas de maior necessidade. Referida prática deve contemplar uma abordagem multissetorial bifronte, voltadas às questões de políticas nacionais de saúde e de desenvolvimento, tendo em conta, inclusive, a má-distribuição geográfica dos trabalhadores de saúde, ao apoiar e reter os profissionais em áreas carentes por meio da aplicação de medidas educativas, incentivos financeiros, medidas regulamentares, apoio social e profissional (WHO, 2010a).

Embora todas as propostas de soluções apresentadas ao discorrer, na Resolução WHA54.13, sobre a necessidade de reforço dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, a Organização Mundial da Saúde “reconhece o direito soberano de cada país de adotar as políticas públicas nacionais mais adequadas para atender às necessidades específicas de seu povo” (WHO, 2001, p. 02 – tradução nossa²⁴).

Por se tratar de uma análise não-exaustiva das resoluções e deliberações da Organização Mundial da Saúde pertinentes à cobertura universal de saúde, à Atenção Primária de Saúde e aos recursos humanos no setor da saúde, cabe mencionar, ainda, como sendo de grande relevância: *i*) a resolução WHA56.6, que aborda temas correlatos

²³ Tradução livre do original: “3.6 Member States should strive, to the extent possible, to create a sustainable health workforce and work towards establishing effective health workforce planning, education and training, and retention strategies that will reduce their need to recruit migrant health personnel. Policies and measures to strengthen the health workforce should be appropriate for the specific conditions of each country and should be integrated within national development programmes”.

²⁴ Tradução livre do original: “RECOGNIZES the sovereign right of each country to adopt national policies appropriate to the specific needs of its people”

ao vigésimo quinto aniversário da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma-Ata (WHO, 2003); *ii*) a resolução WHA60.24, que discorre sobre a promoção da saúde em um mundo globalizado (WHO, 2007a); *iii*) a Resolução WHA64.6, que dispõe sobre o fortalecimento da força de trabalho em saúde (WHO, 2011b); *iv*) a Resolução WHA66.23, que visa transformar a educação dos profissionais em saúde em um suporte à cobertura universal de saúde, mediante o diálogo político intersetorial dos ministérios de educação, saúde e finanças dos países partícipes (WHO, 2013b); *v*) a Resolução WHA67.24, que dispõe sobre o acompanhamento da Declaração Política de Recife sobre recursos humanos em saúde e renova os compromissos com a cobertura universal de saúde (WHO, 2014); *vi*) o Relatório A69/38, que apresenta um projeto de estratégias globais a serem adotadas sobre os recursos humanos para a saúde no que tange à força de trabalho até o ano de 2030 com a finalidade de acelerar e sustentar o progresso em direção à cobertura universal de saúde e convida os partícipes a considerarem e a adotarem o projeto de estratégia global sobre recursos humanos para a saúde: força de trabalho 2030 (WHO, 2016b); *vii*) a Resolução WHA69.19, que aprova a Estratégia Global em Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030, designada como Estratégia Global (WHO, 2016c; 2016d). A mesma importância é conferida à Resolução A/67/L.36 das Nações Unidas que discorre sobre a saúde global e a política externa (UN, 2012), bem como à Resolução A/RES/69/315 que dispõe sobre o Projeto do Documento Final da Cúpula das Nações Unidas para a aprovação da Agenda para o Desenvolvimento pós-2015 (UN, 2015).

Estes são, portanto, os marcos temporais, não exaustivos, inerentes ao processo de universalização da saúde considerados relevantes para o desenvolvimento do presente estudo.

1.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Este capítulo destinou-se a cumprir o primeiro objetivo específico delineado na ‘*alínea a*’ da introdução desta tese ao compilar os pressupostos desenvolvidos no cenário internacional, pela Organização Mundial da Saúde, pertinente ao processo de discussão e construção coletiva global sobre os conceitos fundamentais de promoção da saúde pela perspectiva dos paradigmas de ‘*saúde para todos*’ e ‘*cobertura universal de saúde*’. Ainda, logrou responder à primeira parte das questões de pesquisa de número ‘1’ e ‘2’

explicitadas, também, na introdução desta tese ao evidenciar os fundamentos normativos, as estratégias e diretrizes defendidos por referida agência especializada com a finalidade de atingir a cobertura universal da saúde.

Para tanto, apresentou-se uma evolução histórica, a partir da Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946, passando pela Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 e seguida pela Declaração de Alma-Ata de 1978. Tais diplomas são considerados os alicerces que sustentam importantes movimentos de confluência para estabelecer um novo paradigma de saúde global, com influência direta para o Brasil (BRASIL, 2002a; HEIDMANN *et al.*, 2006). Estes instrumentos permitiram alterar a perspectiva sobre a compreensão da saúde ao substituir a forma de abordagem da atenção médica de um viés curativo e remediador, para a realização de cuidados preventivos tendo por foco a Atenção Primária de Saúde e a cobertura universalizada dos serviços (FERREIRA *et al.*, 2014).

As inúmeras estratégias apresentadas pela Organização Mundial da Saúde, todavia, não foram suficientes para atingir a pretendida cobertura universal de saúde, cujo maior desafio, segundo esta instituição, recai sobre os países de baixa e média renda. Para cumprir esta meta, referido ente aponta a necessidade de investir em profissionais da saúde. Esta seria uma das melhores formas destinadas a atingir a equidade no acesso aos serviços de saúde por sedimentar-se no entendimento de que os profissionais de saúde formam o núcleo dos sistemas de saúde, pois sem os trabalhadores não há cuidado em saúde. Consequentemente, as ações para alcançar o quantitativo de profissionais de saúde suficientes para garantir este objetivo global exigem o esforço dos partícipes, os quais devem atuar em observância aos seus respectivos contextos internos para implementar mudanças drásticas no sistema de gerenciamento dos recursos humanos em saúde.

Portanto, apesar das iniciativas internacionais apontarem eventuais caminhos a serem seguidos, a própria Organização Mundial da Saúde reconhece existir uma grande distância a ser percorrida pelos países de baixa e média renda para alcançarem a cobertura universal de saúde. As diretrizes traçadas pela Organização Mundial da Saúde, em uma perspectiva global, permitem inferir que a razão da insuficiência de profissionais destinados a prestar os serviços de saúde está diretamente relacionada com a fragilidade do percurso tangenciado entre a oferta e a demanda por estes serviços, bem como a capacidade de fixação destes profissionais nas regiões consideradas prioritárias para fins de se atingir a cobertura universal de saúde.

Esta insuficiência, no plano global, pode ser vislumbrada pelas mais variadas perspectivas, tais como: *i*) infraestrutura inadequada dos Estados para ofertar a quantidade e a qualidade da formação e dos serviços necessários à satisfação da pretensão de sua população; *ii*) a ausência ou insuficiência de oferta de recursos humanos em saúde qualificados e a má-distribuição destes profissionais no espaço geográfico dos países; *iii*) a ausência ou insuficiência de equipamentos e insumos médicos, tais como as Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) medicamentos e tecnologia aliados ao desenvolvimento econômico, social e cultural de cada país; *iv*) a ausência de soluções apropriadas aos problemas de saúde peculiares de cada Estado; e *v*) a ausência de um processo de proteção financeira dos gastos com saúde tanto pela perspectiva do Estado, quanto do cidadão, pois os gastos com a saúde são considerados um dos fatores mais relevantes para o empobrecimento populacional.

Conquanto sejam identificados progressos na busca pela cobertura universal de saúde, notadamente no âmbito da normatização e da estruturação de agendas e identificação de modelos a serem seguidos, sua implementação ainda está incompleta.

No capítulo seguinte, esta passagem de uma compreensão global sobre a cobertura universal de saúde para uma concepção circunscrita ao espaço brasileiro permitirá decodificar, com mais facilidade, as práticas de sucesso e de fracasso nos processos internos de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde. Esta abordagem facilitará a interpretação de uma série de questões concebidas como paradigmas para a composição da atual saúde pública brasileira.

Portanto, o cenário apresentado exige que os olhares retornem ao ambiente interno brasileiro para compreender os problemas existentes na política de saúde pública vigente no país para, então, apresentar alternativas de soluções para sanar as deficiências identificadas, com a finalidade de alcançar a universalização pretendida, bem como a equidade no atendimento. Estas questões serão abordadas adiante.

2 A ASPIRAÇÃO BRASILEIRA: COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O capítulo antecedente evidenciou que a ‘*cobertura universal de saúde*’ constitui um objetivo global capitaneado pela Organização Mundial da Saúde, cuja característica multilateral desta organização intergovernamental lhe permite executar e, em grande medida, propor diversas estratégias e diretrizes com a finalidade de implementar referido ideário em todo o globo, considerando-se as idiossincrasias dos países partícipes. Esta inferência constitui o pressuposto da presente tese, qual seja, a concepção de que a cobertura universal de saúde é um objetivo perseguido em escala mundial. Ao seguir esta premissa, afirmar que o Brasil visa a cobertura universal de saúde pode ser compreendido como um silogismo.

Ocorre, porém, que tanto no plano global, quanto no plano local brasileiro, esta meta ainda não foi implementada na amplitude idealizada. Logo, em ambos os cenários – global e local – a cobertura universal de saúde se apresenta como um projeto em construção, cujas discussões se assentam sobre os métodos e mecanismos capazes de implementá-la. Dentro desta conjuntura, como já mencionado no capítulo anterior, os sistemas de saúde tornam-se relevantes enquanto processos destinados a efetivar o preceito da universalização em conformidade com as características do local a ser implementado.

Portanto, contextualizado o cenário macro, consistente no alicerce construído pelo plano internacional, torna-se adequado redirecionar o olhar para o ambiente interno brasileiro, com a finalidade de entender como se orienta a saúde pública nacional. Esta é a proposta do presente capítulo, o qual contempla duas funções principais: a primeira, consiste em evidenciar a mudança de paradigma do Estado brasileiro de uma concepção circunscrita à saúde eletiva para adotar a cobertura universal de saúde; e, a segunda, visa discorrer sobre algumas das diversas facetas que compõem o Sistema Único de Saúde, tais como a polissemia do significado atribuído à palavra *saúde*, o significado do termo ‘*Sistema Único de Saúde*’ e demais questões que lhes são correlatas e consideradas relevantes para compreender a estrutura da Atenção Básica de Saúde no que tange à conformação de seus recursos humanos da área médica.

Mas, antes de adentrar a estes assuntos, cabe fazer a seguinte indagação: Por que não falar em transferência de política da Organização Mundial de Saúde para o Brasil? A

resposta a esta pergunta apresenta-se complexa e, por isso, merece ser exposta em uma subseção à parte.

2.1 POR QUE NÃO FALAR EM TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA O BRASIL?

Antes de adentrar às questões afetas à esfera nacional brasileira, cumpre expor uma ressalva quanto à terminologia adotada nesta tese, pois optou-se por não utilizar qualquer termo que possa insinuar a ocorrência de difusão, convergência ou transferência de política por parte da Organização Mundial de Saúde em direção ao Brasil ou vice-versa. O que buscou ser definido neste estudo, desde o princípio, foi construir a afirmação de que as estratégias e diretrizes da Organização Mundial de Saúde visam a cobertura universal de saúde e que este preceito parece estar em sintonia com as políticas sanitárias formuladas e implementadas no Brasil pós-constituente de 1988.

Este cuidado terminológico se assenta em dois motivos, embora ambos culminem no mesmo resultado de insuficiência investigatória para afirmar o fenômeno da transferência de política: o *primeiro motivo*, mais simples, decorre de o Brasil ser signatário da Organização Mundial da Saúde e, por isso, apresentar metas e estratégias em sintonia com os cânones defendidos no plano internacional. Isto não permite inferir a transferência de política, mas possibilita identificar elementos correlacionais por intermédio de uma análise comparativa entre as estratégias e diretrizes apresentadas pela citada organização e o arcabouço normativo nacional brasileiro, pois ambos visam a cobertura universal de saúde, bem como dão primazia à Atenção Primária de Saúde e à adoção de um sistema de saúde hábil a realizar este intento. O *segundo motivo*, um pouco mais complexo, sedimenta-se na ausência de estudo, seguindo-se alguma das teorias de transferência de políticas (*policy transfer*), apto a identificar a difusão, convergência ou transferência de política em relação à cobertura universal de saúde, à Atenção Primária de Saúde e às estratégias e diretrizes de recursos humanos em saúde.

No entanto, esta tese não visa mensurar o nível de imbricação dos objetivos da Organização Mundial da Saúde e do Brasil em prol da universalização da cobertura de saúde; da ênfase sobre a Atenção Primária como porta de entrada para acesso ao sistema de saúde e das práticas destinadas à estruturação dos recursos humanos em saúde; tampouco, objetiva identificar em que sentido as políticas transitam: se da Organização

Mundial de Saúde para o Brasil ou o contrário. Para fins deste estudo basta a concepção, já consignada no capítulo antecedente, de que estratégias e diretrizes recomendadas sobre política sanitária pela Organização Mundial de Saúde constituem referências a serem seguidas pelos partícipes.

Como referido anteriormente (no *primeiro capítulo*), a Organização Mundial de Saúde apresenta-se como agência especializada, líder, condutora e desenvolvedora de estratégias, diretrizes, práticas e opções políticas sobre saúde pública a serem implementadas em âmbito global. Ainda, tem a função de monitorar e avaliar a implementação das opções de políticas públicas por ela fomentadas, com o intuito de atingir uma cooperação entre os países para o desenvolvimento da saúde ao fixar pontos em comum a serem perseguidos (WHO, 2017c).

As resoluções e relatórios mencionados no *primeiro capítulo* da tese evidenciam que este organismo intergovernamental detém capacidade de ação multilateral e, por isso, consegue facilitar a comunicação entre os Estados partícipes em relação às questões afetas à saúde. Logo, admite-se que a Organização Mundial da Saúde não detém poderes de supranacionalidade²⁵ ou de coerção típica dos Estados a serem exercidos em detrimento dos partícipes para que adotem determinadas estratégias ou diretrizes, pois os Estados mantêm-se soberanos para eleger as práticas que melhor lhes aprouver para serem implementadas (BERGEL, 2006; LOSANO, 2007).

Em outras palavras, a Organização Mundial da Saúde opera em nível intergovernamental e não representa ameaça à soberania dos Estados partícipes por respeitar e preservar a dinâmica das nações e o interesse de cada instância nacional no que tange às formas e aos meios de realização das diretrizes e recomendações. É por esta razão que o presente estudo se contenta em afirmar que existe uma compatibilidade entre as políticas sanitárias globais e local brasileira, bem como aparenta haver fortes indícios de influência das diretrizes e estratégias defendidas por este organismo sobre o Brasil. Estes elementos indiciários serão analisados neste capítulo e versarão sobre o modelo de cobertura sanitária eleito pelo Brasil e o tipo de sistema de saúde voltado a implementá-lo.

²⁵ A supranacionalidade, em linhas gerais, pode ser compreendida como a transferência de parte da competência e da soberania dos Estados partícipes à organização comunitária que expressará um poder de mando superior, voltado a orientar e regular determinadas matérias, com a finalidade de cumprir os objetivos integracionistas, como ocorre, a título de exemplo, na União Europeia. (BERGEL, 2006; LOSANO, 2007).

Então, para que haja uma resposta adequada à indagação formulada neste tópico, cabe anotar que os indícios mencionados constituem evidências sobre alguma forma de difusão, convergência ou transferência de política de saúde mediada pela Organização Mundial de Saúde. Tais indicativos são superficiais e, por esta razão, insuficientes para sustentar uma afirmação peremptória de que há difusão, convergência ou transferência de política partindo da Organização Mundial de Saúde em direção ao Brasil ou o contrário. Por isso, deve-se registrar que a relevância da questão suscitada exige o aprofundamento dos estudos neste campo acadêmico para melhor compreender o ciclo da política pública sanitária, bem como entender os meandros destinados a confirmar ou refutar a proposição aqui lançada sobre alguma forma de difusão, convergência ou transferência desta política global para o Brasil.

Esta pesquisadora supõe que para encontrar uma resposta adequada à interrogação apresentada, deve-se seguir as diretrizes traçadas por alguma das teorias de transferência de políticas (*policy transfer*)²⁶, sugerindo-se a vertente capitaneada por Dolowitz e Marsh (2000; 2012) que permite identificar, inclusive, o grau de difusão ou transferência além das eventuais conexões causais entre as orientações da Organização Mundial de Saúde e as práticas sanitárias efetivamente adotadas no Brasil.

Por ora, sem se valer de uma avaliação aprofundada com fundamento nas teorias de *policy transfer* e, por isso, considerando-se uma perspectiva superficial, pode-se afirmar que as conferências, relatórios, resoluções e demais instrumentos oficiais desenvolvidos no plano internacional e a legislação vigente no ambiente doméstico brasileiro, são dados que possibilitariam analisar o comportamento dos atores envolvidos, bem como mensurar o impacto gerado pelas diretrizes e estratégias traçadas pela Organização Mundial de Saúde sobre as decisões nacionais brasileiras, ou vice-versa, no que concerne ao processo de difusão, convergência ou transferência de ideias e conhecimentos sobre a política sanitária e seu eventual transbordamento para outras arenas.

²⁶ Sobre o assunto, vide: Bennett (1991); Evans e Davies (1999); Freeman (1999); Stone (1999, 2000, 2001 e 2004); Dolowitz e Marsh (2000 e 2012); Rose (2002); Rogers (2003); James e Lodge (2003); Mossberg e Wolman (2003); Faria (2003 e 2012); Barnett e Finnemore (2004); Elkins e Simmons (2005); Hassenteufel (2005); Holzinger e Knill (2005); Knill (2005); Stubbs (2005); Hall (2006); Evans (2006); Simmons; Dobbin; Garrett (2006); Berry e Berry (2007); Farah (2008); Shipan e Volden (2008); Gilardi (2010); Benson e Jordan (2011); Gonnet (2012); Sampaio (2012); Kauchakje (2013); Mccann e Ward (2013); Bender, Keller e Willing (2014); Coêlho, Cavalcante e Turgeon (2016).

Estudar a política sanitária global e local brasileira pelo prisma das teorias de *policy transfer* permitiria, inclusive, identificar componentes de sucesso ou de fracasso decorrentes de eventual difusão, convergência ou transferência da política. Também possibilitaria distinguir o verdadeiro papel da Organização Mundial de Saúde no contexto em que se insere, isto é, se referido organismo se apresenta eminentemente como vetor das lições de políticas tiradas dos partícipes ou criador epistêmico das lições para difusão, convergência ou transferência de ideias, programas e modelos de política sanitária (EVANS; DAVIES, 1999).

No caso da cobertura universal de saúde e da primazia à Atenção Primária de Saúde a própria Organização Mundial de Saúde admite que dito propósito foi adotado e replicado, de algum modo, da prática de sucesso do modelo inglês. Neste caso, dita Organização posicionou-se como componente difusor desta política, sinalizando as possíveis estratégias a serem adotadas para atingir o ideal eleito²⁷ (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; AGUIAR, 2003).

Portanto, submeter as questões concernentes à cobertura universal de saúde e à Atenção Primária de Saúde à luz de alguma das vertentes teóricas de *policy transfer*, como o modelo aqui mencionado, desenvolvido por Dolowitz e Marsh (2000; 2012), permitiria identificar as razões do engajamento entre os atores envolvidos para a difusão, convergência ou transferência das estratégias e diretrizes sanitárias de âmbito global, o grau de transferência experimentado pelo Brasil, se cópia, emulação, síntese ou inspiração, bem como eventuais aspectos de facilitação ou restrição para a difusão, convergência ou a transferência, tais como os desafios ou constrangimentos gerados sobre estes processos, como eventuais inconsistências das políticas domésticas com as políticas externas ou fragilidades das instituições envolvidas (EVANS; DAVIES, 1999; STONE, 1999, 2000, 2001 e 2004; DOLOWITZ, MARSH, 2000 e 2012).

Nesta tese o que se mostra concreto é protagonismo desta Organização intergovernamental sobre a política sanitária voltada à cobertura universal de saúde e aos assuntos que com este objetivo se correlacionam. Dentro deste panorama, a Organização Mundial da Saúde aparenta posicionar-se como mediadora de ideias, embora suas diretrizes e estratégias não pareçam ser decisivas para a política nacional brasileira e, inclusive, para os outros países. Isto se deve à participação voluntária dos membros, frente aos diversos fenômenos correlacionais que circundam a implementação da cobertura

²⁷ A abordagem mais aprofundada deste tema encontra-se no item '1.3.2' desta tese.

universal de saúde, os quais podem interferir na adoção de determinadas práticas, por tratar-se de um processo multicausal diretamente relacionado a cada contexto nacional, sem caráter coercitivo, mas calcado em mecanismos voluntários, à livre escolha dos partícipes.

Portanto, o escopo deste capítulo volta-se a evidenciar que a política sanitária brasileira está em sintonia com os objetivos globais relativos às diretrizes e estratégias voltadas à cobertura universal de saúde, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. Destarte, para fins de prosseguir o estudo proposto nesta tese, destinado a aprofundar a análise sobre os recursos humanos da área médica, destinados à Atenção Básica de Saúde pertinente à esfera local brasileira, torna-se adequado identificar o momento de ruptura com a estrutura administrativa de saúde pública anteriormente vigente no Brasil, originariamente individualizada e elitizada, e os estreitamentos das interpretações e práticas brasileiras com as diretrizes e estratégias defendidas no plano internacional de cobertura universal de saúde.

Para desvelar a percepção sobre a confluência dos objetivos global e local brasileiro atinentes à política sanitária implementadas no território brasileiro, torna-se imprescindível realizar um retrocesso temporal, com a finalidade de apresentar uma breve exposição histórica sobre os serviços de saúde aqui disponibilizados antes de perseguir a universalização da cobertura de saúde pública. Esta regressão permite identificar os marcos temporais relevantes sobre a evolução do pensamento e das práticas aplicadas no campo da saúde pública brasileira, bem como os pontos de sintonia entre as alterações ocorridas internamente no espaço brasileiro e as estratégias desenvolvidas no cenário global inspiradoras da transmutação das bases instrumentais sobre as quais se assentava a saúde pública interna.

Este retrocesso revela que a mudança de perspectiva para a implementação dos serviços de saúde no Brasil não ocorreu em um único momento, mas ao longo do tempo e em harmonia com os processos ocorridos no ambiente externo. A correlação das ações desenvolvidas no plano internacional auxilia a compreensão do processo adotado pelo Brasil para fazer cumprir o objetivo de universalização da cobertura da saúde, qual seja, o Sistema Único de Saúde e os mecanismos estruturados em seu bojo, tema a ser tratado nos itens seguintes.

2.2 A MUDANÇA DE PARADIGMA BRASILEIRO: DA SAÚDE ELETIVA À COBERTURA UNIVERSAL

No cenário brasileiro, as políticas de saúde anteriores à década de 1960 restringiam-se ao ‘*sanitarismo campanhista*’, sedimentado numa unicausalidade biologicista, assentada em campanhas de imunização em massa, cuja instituição do Ministério da Saúde no ano de 1953, por meio da Lei nº 1.920, apresenta-se como evento relevante (BRASIL, 1953; DA ROS, 2006; PONTE, LIMA, KROPF, 2010). O sanitário campanhista é compreendido como um conjunto de ações destinadas a generalizar a atenção médica, voltada a atingir toda a população sob o regime da previdência social, com uma “visão sanitária de combate a doenças de massa acompanhada de propostas saneadoras, imunizantes erradicadoras” (LUZ, 2013, p. 125). Já a unicausalidade biologicista volta-se a um modelo de saúde que busca compreender a origem da doença, baseada na existência de apenas uma causa, ou seja, apenas um agente teria capacidade de gerar uma doença e a cura estaria atrelada a esta relação unitária de causa-efeito, desconsiderando-se outros determinantes como as condições econômica, social e política (BATISTELLA, 2007).

A respeito deste período histórico sobre o sistema sanitário nacional brasileiro, Cutolo (2006, p. 16) afirma que embora o sanitário campanhista seja um modelo apto a abordar diretamente a doença, sua explicação mostra-se reducionista. Isto se deve ao fato de não haver preocupação com o contexto social e emocional dos envolvidos para que as práticas e ações de saúde se desenvolvessem.

A segunda fase das políticas sanitárias que vigoraram no Brasil, por seu turno, tornou-se conhecida como ‘*sanitarismo securitário*’. Iniciou-se na década de 1960, mesmo ano em que foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), unificadora da legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (BRASIL, 1960; MATTA, MOROSINI, 2008a; LUZ, 2013). Esta normativa, além de alterar o modelo previdenciário-privatista – originado na década de 1920 e influenciado pela medicina liberal destinada a oferecer assistência médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos e industriais por intermédio do seguro-saúde/previdência –, também uniformizou os benefícios previdenciários e de saúde atribuídos aos segurados estruturados dentro de uma classificação de categorias profissionais. Em outras palavras, apenas os

trabalhadores formais e contribuintes deste sistema tinham direito à assistência à saúde (MATTA; MOROSINI, 2008a).

Em 1966 foi editado o Decreto-Lei nº 72, o qual possibilitou uma nova intervenção estatal, pelo governo militar, sobre os IAPs. A partir de então, os trabalhadores formais foram unificados, independente de categorias profissionais, sob a denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a manutenção do financiamento tripartite (BRASIL, 1966a; FALEIROS *et al.*, 2006).

O INPS foi desmembrado para implantação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) por intermédio da Lei nº 6.439/1977 (BRASIL, 1977a), mantendo-se a atribuição de prestar assistência à saúde aos trabalhadores formais e seus dependentes. Este período foi marcado por uma ampliação na arrecadação por força do desenvolvimento econômico, decorrente da crescente contribuição da população pertencente ao mercado de trabalho formal. Consequentemente, aumentou-se o investimento pelo Estado em unidades de atendimento hospitalar, especialmente em grandes centros urbanos, onde se localizava a maioria da população contribuinte (DA ROS, 2006; PAIM, 2011).

Esta forma de organização administrativa da saúde brasileira mostrou-se peculiar em razão da prestação da assistência à saúde estar limitada àqueles que contribuía para a previdência social, entendida como privilégio aos trabalhadores formais e seus dependentes. Na verdade, tratava-se de um modelo médico assistencial privatista e centrado no atendimento em hospitais, decorrente da ampliação do complexo médico e hospitalar, especialmente em razão dos avanços tecnológicos, centralizado na esfera federal (PONTE, LIMA, KROPF, 2010; LUZ, 2013).

A única forma de atendimento à população pobre e desempregada, nesta fase histórica da saúde brasileira, derivava do atendimento prestado pelas Santas Casas de Misericórdias, reconhecidas como hospitais de caridade mantidos por entidades religiosas (DA ROS, 2006).

Foi em plena ditadura militar, na década de 1970, que houve o início da desvinculação deste método de gestão da saúde, com ações implementadas pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira na tentativa de consolidar um sistema de abrangência coletiva e integral (MATTA, MOROSINI, 2008a; 2008b; PONTE, NASCIMENTO, 2010). Este movimento ganhou envergadura na década seguinte e era composto de trabalhadores da saúde, de gestores públicos e membros da sociedade que

se opunham à organização vigente do Sistema Nacional de Saúde, com ênfase para as questões de ineficiência, ineficácia, inequidade e insatisfação com a ausência de assistência à saúde à população de forma universalizada (BRASIL, 1975a; FALLEIROS, 2010; PAIVA, TEIXEIRA, 2014; SOUTO, OLIVEIRA, 2016).

Com o fim do regime militar algumas de suas estruturas políticas autoritárias se desfizeram. Assim, as ações do Movimento de Reforma Sanitária, reveladas organizadamente por intermédio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, culminaram na instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em sintonia com o processo de redemocratização do país e os ditames internacionais pertinentes ao tema (BRASIL, 1986a; COHN, 1987; DA ROS, 2006; REIS, 2010; SOUTO, OLIVEIRA, 2016)

Este período foi marcado por reivindicações de conversão da cobertura e do sistema de saúde vigentes para um modelo descentralizado, universalizado e integral. Com isso, as ações de saúde seriam atribuídas a um único comando ministerial, afeto ao Ministério da Saúde, desvinculado do sistema previdenciário (BRASIL, 1986a; 1988b).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 acolheu grande parte das pretensões sociais e, em seu artigo 196 a 200, passou a consagrar a cobertura universal de saúde, conferindo acesso a serviços públicos de saúde à toda população, independentemente de vínculo empregatício formal, mediante o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde sob nº 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1988a; 1990a; 1990b). Construiu-se, a partir deste momento, uma política de atenção básica que reorientou o modelo assistencial de saúde, alinhado aos objetivos dos organismos internacionais de saúde (notadamente a Organização Mundial da Saúde) e afastando-se dos objetivos capitalistas traçados pelo Banco Mundial (WORLD BANK, 1987; AGUIAR, 2003; MATTA; MOROSINI, 2008b).

O Quadro 1 sintetiza os principais eventos que marcaram a transição da saúde pública brasileira de um sistema eminentemente segmentário para a adoção da cobertura universal de saúde e a formulação do Sistema Único de Saúde voltado a realizá-la.

QUADRO 1 - QUADRO SINÓTICO EVOLUTIVO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Período	Marco	Características
Antes de 1960	Sanitarismo Campanhista	<ul style="list-style-type: none"> • Unicausalidade biologista; • Campanhas de imunização em massa.
1960	Sanitarismo Securitário Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Unifica a legislação atinente aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e uniformiza os benefícios previdenciários e de saúde conferidos aos segurados.
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Unifica os IAPs sob a denominação de INPS, sem distinção de categorias profissionais.
1974	Movimento de Reforma Sanitária	<ul style="list-style-type: none"> • Início das mobilizações pautadas na insatisfação quanto à ineficiência, ineficácia e inequidade dos serviços de saúde; • Busca a universalização no atendimento dos serviços de saúde.
1977	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém a atribuição de prestar assistência médica aos trabalhadores formais e dependentes; • Ainda sem caráter universal.
1986	8ª Conferência Nacional da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Amplia o conceito de saúde em sintonia com os preceitos dos organismos internacionais; • Pleiteia a cobertura universal de saúde, mediante a adoção de um sistema de saúde descentralizado, equitativo e integral.
1987	Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS)	<ul style="list-style-type: none"> • Atende aos pleitos da 8ª Conferência Nacional de Saúde; • Sistema de saúde desvinculado do sistema previdenciário; • Vinculado exclusivamente ao Ministério da Saúde.
1988	SUS (CRFB/1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS; • Cobertura universal de saúde. Acesso integral e equânime
1990	LOS (8.080/1990 8.142/90)	<ul style="list-style-type: none"> • Regulamenta o SUS e lhe confere os preceitos organizativos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Descentralização político-administrativa; ○ Regionalização; ○ Hierarquização; ○ Participação social.

Fonte: A autora (2017).

Foi a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que as ações públicas e privadas complementares às públicas passaram a ser amparadas de forma expressa pelo direito positivo brasileiro, seguindo os princípios estruturantes defendidos pela Organização Mundial de Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços. Com isso, o Brasil vinculou-se aos preceitos organizativos e às diretrizes internacionais voltados à descentralização político-administrativa, à regionalização, à hierarquização e à participação social (FALLEIROS *et al.*, 2010).

A quebra do paradigma sobre a compreensão da saúde no Brasil, portanto, evidencia a sintonia com as práticas preconizadas pelo cenário internacional, bem como a relevante participação social enquanto elementos determinantes da pressão exercida sobre os agentes políticos internos para a construção das políticas públicas que até hoje norteiam o setor de saúde. Isto permite, inclusive, transmutar o entendimento até então adotado acerca dos termos saúde e doença, adotando-se, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o conceito ampliado de saúde, defendido no plano global, em sintonia com as orientações traçadas sobre a cobertura universalizada de saúde.

É possível inferir, inclusive, que o Brasil além de se alinhar às estratégias de âmbito global, pertinente à cobertura de saúde em nível universalizado, também empoderou a sociedade ao privilegiar a participação social, de forma direta, nos assuntos relacionados à saúde pública, conforme expressamente previsto na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b). Isto permitiu descentralizar o exercício do poder originariamente concentrado na esfera federal para as demais esferas governamentais, bem como possibilitou a participação das comunidades locais, por força desta ampliação do poder social (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Conquanto o processo de descentralização tenha repassado a autonomia gestora da saúde pública aos Estados e Municípios, o Ministério da Saúde manteve a competência de coordenador nacional das políticas sanitária. Tanto é assim, que o cuidado da saúde pública constitui competência administrativa comum e legislativa concorrente dos três entes federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal) (artigos 23 e 24, BRASIL, 1988a).

O artigo 198, *caput* e incisos I a III, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde, por integrarem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituem um sistema único que integra a seguridade social. Para tanto, os objetivos traçados constitucionalmente no que pertine à saúde pública, conferem ao Poder Público a observância obrigatória da universalidade da cobertura e do atendimento e a uniformidade e equivalência dos serviços prestados, sem se descuidar das diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera do governo; atendimento integral e participação comunitária.

Seguindo estes pressupostos, a lei regulamentadora do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/1990), em seus artigos 16 a 18, confere à direção nacional do Sistema Único

de Saúde a competência de participar na formulação e implementação das normas, critérios e padrões das políticas relativas às condições e ao ambiente de trabalho. Em nível estadual a atribuição limita-se às ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho, enquanto no âmbito municipal a participação atrela-se à execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho (BRASIL, 1990a).

Em que pese a repartição vertical de competências, o Ordenamento Jurídico brasileiro confere à União a atribuição de estabelecer uma legislação federal fundamental, isto é, de editar normas gerais e diretrizes essenciais relativas à estruturação dos recursos humanos em saúde. Determinadas as balizas pelo ente federal, os Estados subnacionais poderão exercer a competência complementar, criando mecanismos legais voltados às peculiaridades regionais. Os Municípios atuarão preponderantemente no atendimento do interesse local, bem como executarão as ações voltadas à efetivação das diretrizes lançadas com a finalidade de oferecer os serviços de saúde à população no nível primário de atenção.

Dentro deste quadro institucional, o fato de os Estados e dos Municípios serem incumbidos de exercerem a gestão autônoma do Sistema Único de Saúde, dentro de suas respectivas esferas de competência, não afasta a posição do Ministério da Saúde de condutor e coordenador da política nacional de saúde. Todavia, o próprio Ministério tem admitido que o estabelecimento de uma política de recursos humanos apta a suprir os cuidados da atenção básica de saúde constitui um dos maiores desafios à efetiva implementação do Sistema Único de Saúde e realização da idealizada cobertura universal de saúde (BRASIL, 2002c; 2005f).

Seguindo este plano normativo, com o marco da redemocratização brasileira, em 1988, a saúde passou a ser compreendida em sentido abrangente, em sintonia com os preceitos contemplados pela Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotados a partir da Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova York, no ano de 1946 (WHO, 2006a). O reposicionamento brasileiro para alinhar-se à política pública do plano global ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir deste evento a saúde passou a ser entendida concreta e historicamente de forma ampliada e relacionada ao contexto social específico,

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse

da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986a, p. 04).

Além de adotar os preceitos da cobertura universal de saúde lançado pelos organismos internacionais, ao Estado brasileiro foi conferido o dever de, não só atribuir acesso universal à saúde e, com isso evitar a doença, mas também garantir aos indivíduos o equilíbrio físico e mental, acompanhado de sentimentos de autossatisfação e harmonia (BIANCHI, 2012). O alcance destes objetivos passou a ser perseguido por meio da integração das políticas de saúde às demais políticas econômicas e sociais, submetidas “ao controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986a, p. 04).

Por mais que estes preceitos nacionais estejam em sintonia com os objetivos desenvolvidos no plano global, neste ponto ainda reside a perenidade da agenda governamental de saúde brasileira, decorrente da luta que se desdobra em seu interior sobre as formas de conferir acesso aos serviços de saúde. Internamente emergem os mais variados interesses, a exemplo da combinação capitalista que permite ao complexo médico-farmacêutico-industrial vislumbrar a disponibilização dos serviços médicos e dos medicamentos como bem de consumo e não como bem de saúde (NASCIMENTO, 2007; LIMA, 2010; BIANCHI, 2012; BATISTA, 2013).

Pereira e Lima (2008, p. 20) consideram ser consensual entre os interlocutores que durante a década de 1990 e no início dos anos 2000 as questões afetas à reforma sanitária estiveram ausentes das agendas dos principais fóruns e movimentos sociais que a alavancaram. Afirmam, ainda, que este processo gerou um retrocesso sobre as lutas ideológicas pertinentes à compreensão da saúde enquanto um valor público, tornando-a um bem de consumo modulado pelo poder de compra.

As diferentes ideologias sobre o tema, porém, não descaracterizaram o direito posto de universalização da saúde, mantendo-se vigente a alteração de paradigma apresentada na Constituinte de 1988 e defendida globalmente pela Organização Mundial da Saúde. Diante disso, torna-se relevante estabelecer um significado contemporâneo comum sobre a acepção da palavra saúde, pois sua definição está diretamente relacionada

com as opções do Poder Público brasileiro voltada à estruturação do Sistema Único de Saúde.

2.2.1 A polissemia da palavra ‘saúde’ e seu atual significado no contexto brasileiro

O termo ‘saúde’ – *salus* ou seu acusativo vulgar *salute* – tem origem etimológica latina e remonta ao século XIII, cujo significado primitivo estava atrelado à ideia de salvação e conservação da vida (LUZ, 2008; FERREIRA, 2010). Contemporaneamente, para a língua portuguesa, esta expressão denota o “estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são” (FERREIRA, 2010, s. p.), além de ser representada pelos sinônimos de força, robustez, vigor, vitalidade, energia e resistência, dentre outras acepções que apontam para a condição de higiene e conservação, inclusive, da boa disposição física, moral ou mental do sujeito, além dos sentimentos de bem-estar, aconchego, tranquilidade, contentamento, satisfação e conforto (HOUAISS, 2001; LUZ, 2008; FERREIRA, 2010; MICHAELIS, 2017).

A ‘saúde’ pode ser compreendida como um adjetivo holístico, atribuído ao conjunto físico e psíquico que forma a totalidade do indivíduo. Seu antônimo pode ser representado pelas palavras enfermidade, abatimento, loucura, fragilidade, debilidade, doença, moléstia, delicadeza, fraqueza e adinamia (HOUAISS, 2001; LUZ, 2008; FERREIRA, 2010; MICHAELIS, 2017).

Pela perspectiva dos cuidados médicos universalizados, o termo ‘saúde’ passou a fazer parte do espaço público brasileiro a partir das discussões pertinentes à cobertura universal inserida na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ocorridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde que aderiu um conceito ampliado do termo (BRASIL, 1986a; 1988a). Este vocábulo ainda continuou sendo amplamente utilizado nos bastidores e espaços políticos no período de formulação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/1990 e 8.142/1990) (BRASIL, 1990a; 1990b). A expressão, todavia, ficou parcialmente latente na agenda política governamental, ganhando impulso a partir dos pleitos sociais para alterar as condições sobre as quais se assentavam a prestação dos diversos serviços públicos ocorridos no ano de 2013, marcado pelas Manifestações Sociais de Junho. Neste mesmo ano foi formulado o Programa Mais Médicos, com o

argumento político de que esta prática atenderia aos interesses apresentados quanto aos serviços de saúde pública (COUTO, 2015).

Então, desde 2013 a palavra ‘*saúde*’, atrelada à sua conjuntura de cobertura universal, pretendida por meio da busca pela reestruturação do Sistema Único de Saúde, reemergiu enquanto termo recorrente. Esta tendência de ascensão cíclica no uso do termo ‘*saúde*’, para representar a busca pela satisfação das necessidades sociais neste setor, confere-lhe a capacidade de estudá-la, na área de Políticas Públicas, de duas formas: ora tentando dissecá-la, ora tentando reconstruí-la, inclusive nas hipóteses em que o viés da pesquisa seja prospectivo²⁸. Estes dois modelos de análise podem partir de premissas distintas e definições que se alternam ao longo do tempo e do espaço, pois deles são dependentes, além de estarem diretamente relacionados com a perspectiva a ser enfatizada de acordo com o ciclo das políticas públicas (BRASIL, 1986a; KINGDON, 2013; COUTO, 2015).

Nesse contexto, a conformação dos significantes atribuídos ao vocábulo ‘*saúde*’ no território brasileiro, atrelada à influência externa de reestruturação da dinâmica saúde-doença relativa à extensão da compreensão desta unidade linguística, sofre um movimento pendular entre polos opostos: o público e o privado; a normatização e a realidade; a formulação e a ausência de implementação ou implementação incompleta dos serviços voltados a atingi-lo (BRASIL, 1986a; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; WORLD BANK, 1987; KINGDON, 2013; COUTO, 2015).

Em síntese, a compreensão do sentido do termo ‘*saúde*’, por refletir influências internas e externas, apresenta-se dependente do tempo, do espaço e de outras variáveis, tais como a forma de vida na prática e a forma de vida desejada pela sociedade, além de outros condicionantes, a exemplo dos vieses econômico, social e político. Conseqüentemente, a eleição de determinada acepção exige um recorte preciso em relação a todas as variáveis que circundam este termo para encontrar o sentido mais adequado à perspectiva que se pretende enfatizar.

²⁸ A título de exemplo, cita-se a dissertação de mestrado desenvolvida por esta pesquisadora que se voltou a reconstituir, de forma reflexa, a noção do significado atribuído ao vocábulo ‘*saúde*’ ao estudar o processo legislativo de formulação do Programa Mais Médicos seguindo o Modelo de Múltiplos Fluxos desenvolvido por John Kingdon (COUTO, 2015). Este estudo de doutorado, por seu turno, abrange as duas formas analíticas apresentadas, pois dissecou a compreensão do termo saúde de uma perspectiva global para a local e visa reconstituir as balizas em que se assentam a estrutura da política sanitária nacional brasileira, referente ao modelo de estruturação dos recursos humanos da área médica para atuar na Atenção Básica de Saúde.

Esta conclusão reflete diretamente no estudo das políticas públicas de saúde ao avocar para si a compreensão da palavra ‘*saúde*’ como um conceito complexo e polissêmico (ALMEIDA FILHO, 2000; KINGDON, 2013). Isto é, a evolução histórica no uso deste vocábulo impede atribuir-lhe, inclusive pelo critério etimológico anteriormente apresentado, uma definição única, de modo que o questionamento sobre ‘*o que é saúde?*’ torna-se uma armadilha bem-feita àquele que está sendo indagado por força da dificuldade da resposta que perpassa e, ao mesmo tempo vincula-se, a trajetória da perspectiva em que o termo será analisado.

No âmbito desta tese, a ‘*saúde*’ é entendida como a personagem central das ações para realizar os direitos fundamentais e se posiciona no centro da antinomia tensora estabelecida entre a universalização da cobertura e a limitação da estrutura institucional do Estado apregoada pela Organização Mundial de Saúde e defendida pelo Brasil a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Aqui, atribui-se ênfase à tessitura da palavra ‘*saúde*’, compreendida em seu aspecto amplo, pelas perspectivas da sintonia entre as estratégias, diretrizes e políticas públicas de cunho internacional pela Organização Mundial da Saúde, com aquelas desenvolvidas no plano interno brasileiro, bem como pela busca de métodos hábeis a efetivar o direito positivo que exige a cobertura universal de saúde como direito fundamental.

Apresentadas as nuances dos diversos determinantes que compõem o significado atribuído à palavra ‘*saúde*’, torna-se factível perquirir sobre a acepção do termo ‘*Sistema Único de Saúde*’ dentro do contexto da saúde pública brasileira.

2.3 O QUE É O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

Conforme o histórico apresentado, na subseção antecedente, o marco normativo fixado pela Constituição da República Federativa vigente (de 1988) impingiu mudanças sobre o eixo em que se assentava o fornecimento dos serviços de saúde, ao migrar de um modelo centrado na doença e no atendimento mediante adstrição de clientela para outro, centrado na cobertura universal, mediante o fornecimento de atenção equânime e integral à saúde, por meio da incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação. A implementação e o funcionamento adequado do Sistema Único de Saúde para atingir a cobertura universal de saúde, portanto, é algo objetivado desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, datada de 1986 (BRASIL, 1986a; 1990c).

A missão de liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível federal é atribuída ao Ministério da Saúde, “responsável pela formulação, coordenação e controle das políticas nacionais de saúde” (BRASIL, 1990c, p. 07). Referido Ministério, no ano de 1990, por ocasião da edição da primeira cartilha sobre o Sistema Único de Saúde, apresenta a doutrina e os princípios orientadores deste sistema inspirados na Constituição Federal da República do Brasil de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Este documento, afirma que o Sistema Único de Saúde constitui uma nova formulação política e organizacional destinada a desenvolver os serviços e ações de saúde estabelecidos constitucionalmente, caracterizando-o como um inédito sistema de saúde em construção, afastando de sua compreensão a possibilidade de entendê-lo como sucessor do INAMPS e, tampouco, do SUDS (BRASIL, 1990c). Então, o conceito atribuído à expressão ‘*Sistema Único de Saúde*’ refere-se “ao formato e aos processos jurídico-constitucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos às redes e instituições – serviços e ações – responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção em saúde” (BAHIA, 2008, p. 357).

Em termos operacionais, embora o Sistema Único de Saúde esteja voltado a atender aos preceitos normativos internos brasileiros, também se destina a atender os preceitos estabelecidos no plano internacional pela Organização Mundial da Saúde. Segue-se, no âmbito interno, a premissa global que compreende os cuidados primários de saúde como meio destinado a tratar os principais problemas de saúde identificados em uma comunidade circunscrita. Tais balizas globais estão fixadas na Declaração de Alma-Ata (1978), da década de 1970, quando introduziu o lema ‘*saúde para todos*’, bem como na Resolução nº WHA58.33 da Assembleia Mundial da Saúde de 2005, que estabelece a cobertura universal de saúde como principal objetivo a ser perseguido (WHO, 2005; BRASIL, 1988a; 1990a; 1990b).

A fragmentação da locução ‘*Sistema Único de Saúde*’ confere uma carga semântica muito forte à cada uma das palavras que a compõem. Interpretá-las isoladamente permite compreender a conformação sinérgica do conteúdo pertinente à estruturação política-jurídica sanitária nacional. Isto será feito nos parágrafos subsequentes.

Compreende-se o vocábulo ‘*sistema*’ como sendo um conjunto de ações ordenadas e articuladas para uma finalidade comum de promoção, proteção e recuperação da saúde, oposta àquela estabelecida ao modelo de saúde anterior à Constituição da

República Federativa do Brasil de 1988 que conferia assistência médico-hospitalar de forma direcionada a segmentos sociais específicos em detrimento da coletividade (BRASIL, 1990c; BAHIA, 2008). Logo, o vocábulo ‘*sistema*’ visa inferir a noção de processo, isto é, de caminho a ser percorrido para atingir uma finalidade específica, qual seja, a cobertura universal de saúde. Esta compreensão também está em sintonia com o entendimento apresentado pela Organização Mundial de Saúde sobre sistemas de saúde, conforme já abordado na *subseção* ‘1.2’.

Por sua vez, o termo ‘*único*’ possui duplo significado: A primeira noção de unicidade decorre do compartilhamento da mesma doutrina e dos mesmos princípios organizativos por todos os entes federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), os quais, por força da descentralização, detêm atribuições definidas, custeio compartilhado, áreas de competência e abrangência pré-estabelecida constitucionalmente. Por segundo, esta unicidade decorre da composição unificada da seguridade social, estabelecida de modo tripartite ao englobar a saúde, a previdência social e a assistência social (BRASIL, 1988a – artigo 194, *caput*). A seguridade social “compreende uma integração de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados ao amparo em caso de doença, invalidez, morte, idade avançada, proteção à maternidade, proteção ao desempregado” (GUIMARÃES, 2010, p. 532).

Por fim, a palavra ‘*saúde*’ é interpretada “como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina” (BAHIA, 2008, p. 357). Por isso, no contexto deste sistema, a ‘*saúde*’ mostra-se como um determinante social e, ao mesmo tempo, um meio para a conquista da igualdade, contrapondo-se ao “estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferida pela ótica economicista” (BAHIA, 2008, p. 357).

O próprio Ministério da Saúde afirma que a ‘*saúde*’ se estrutura sobre conceitos abrangentes, fatores determinantes e condicionantes. Para tanto, enquadra neste plano o espaço geográfico, a água, a alimentação, a habitação e etc., caracterizados como o meio físico; a ocupação, a renda a educação, etc., entendidas como meio socioeconômico e cultural, além de critérios de idade, sexo, herança genética, entre outros, compreendidos como fatores biológicos. Todos estes fatores atrelam-se à oportunidade de acesso aos serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990c, ps. 3-4).

Portanto, a aglutinação das palavras que compõem o termo ‘*Sistema Único de Saúde*’ traz consigo a compreensão de uma estrutura institucional complexa, voltada a coordenar as ações dos três níveis de governo no que tange à saúde pública, da qual participam não só os próprios governantes, como também a sociedade civil. Seu objetivo é melhorar a qualidade da atenção à saúde brasileira ao romper “com um passado de descompromisso social e a velha irracionalidade técnica-administrativa” (BRASIL, 1990c, p. 04).

Normativamente, o Sistema Único de Saúde tem por objetivos: *i*) identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; *ii*) formular políticas de saúde destinada a promover, no âmbito econômico e social, a redução de risco de doenças e outros agravos, bem como a estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação; e *iii*) conferir a integralidade das ações assistenciais e das atividades preventivas. Tais objetivos evidenciam que o Sistema Único de Saúde não se limita, organizacionalmente, a estruturar e oferecer os serviços de saúde (BRASIL, 1990a, artigo 5º combinado com o artigo 2º, § 1º).

Aliás, o campo de atuação do Sistema Único de Saúde é amplo e perpassa: *a*) a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; *b*) a participação na formulação de políticas públicas e na execução de ações de saneamento básico; *c*) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; *d*) a vigilância nutricional e a orientação alimentar; *e*) a colaboração na proteção do meio ambiente, a qual abrange o do trabalho; *f*) a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; *g*) o controle e a fiscalização dos serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; *h*) a fiscalização e a inspeção alimentar, de água e bebidas destinadas ao consumo humano; *i*) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; *j*) o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; além da *k*) formulação e execução da política de sangue e derivados (BRASIL, 1990a, artigo 6º, incisos I a XI).

Consequentemente, as atribuições conferidas ao Sistema Único de Saúde de “assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva” (BRASIL, 1990c, p. 04), bem como de ordenar a formação de

recursos humanos na área de saúde são algumas das diversas incumbências que lhe são afetas. Todavia, o exercício de todas estas competências deve observar os preceitos constitucionais de universalidade, equidade e integralidade, bem como os critérios de regionalização e hierarquização dos serviços em nível de complexidade tecnológica crescente, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade pelo setor privado (BRASIL, 1988a; 1990a; 1990b).

Assim, o oferecimento à população de todas as modalidades de assistência, da baixa à alta complexidade, visa conferir um ótimo grau de resolubilidade dos problemas de saúde, bem como ampliar o acesso à gama de tecnologia disponibilizada pelo Poder Público aos serviços de saúde. Nesta rede, o acesso da população ocorrerá precipuamente, a partir dos serviços ofertados pelo nível primário de atenção. Esta primeira forma de acesso deve estar qualificada para atender e resolver os principais problemas que demandem os serviços de saúde, atuando de forma referenciada aos serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 1990c).

Atente-se, porém, que a universalidade de cobertura não significa conferir acesso à toda a tecnologia disponibilizada pela ciência médica. Referida abrangência de cobertura limita-se ao pacote de serviços considerados universais eleito pelo próprio Poder Público, de maneira indiscriminada, equânime, adequada e progressiva (OMS, 2013; DMYTRACZENKO, ALMEIDA, 2016; LAURELL, 2016).

Como já referido anteriormente, na *subseção* '1.2', os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde estão ordenados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Suas ações englobam a promoção e prevenção de saúde; procedimentos com finalidades diagnósticas, clínicas e cirúrgicas; transplantes de órgãos, tecidos e células; medicamentos; órteses, próteses e materiais especiais, além de ações complementares da atenção à saúde (BRASIL, 2016a²⁹).

A universalidade da cobertura está atrelada às perspectivas de ausência de restrição de acesso aos serviços de saúde. Já o Sistema Único de Saúde consiste no método de fornecimento dos serviços classificados como de cobertura universal, entendidos como um pacote de serviços à disposição da população. Esta distinção é

²⁹ A Tabela Unificada que contempla os procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS pode ser acessada a partir do seguinte endereço eletrônico: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 30 ago. 2016 (BRASIL, 2016a).

evidenciada pela redação atribuída ao artigo 2º, *caput* e §1º, combinado com o *caput* do artigo 4º, ambos da Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a).

O dispositivo legal mencionado (artigo 2º, *caput*, da Lei 8.080/1990) apregoa que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Seu § 1º determina que o dever do Estado em garantir a saúde “consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal, e igualitário às ações e aos serviços de saúde” (BRASIL, 1990a).

Esta é, portanto, a faceta pertinente à cobertura universal de saúde na esfera brasileira. Neste ambiente doméstico, a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde serão realizadas por intermédio do Sistema Único de Saúde. Referido sistema é caracterizado como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, artigo 4º, *caput*), facultando-se à iniciativa privada participar deste sistema em caráter complementar (BRASIL, 1990a, artigo 4º, § 2º).

Então, o que se pretende com o Sistema Único de Saúde é atingir a cobertura universal de saúde. Esta pretensão sintoniza-se com as propostas lançadas pela Organização Mundial da Saúde, obedece às balizas constitucionais previstas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como segue leis federais regedoras deste sistema (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990).

Delimitada esta questão, torna-se relevante traçar uma sucinta distinção dos demais sistemas de saúde vigentes no Brasil. Os sistemas de saúde complementar e suplementar, serão abordados no item subsequente e atuam ao lado ou em conjunto com o sistema público, realizado por intermédio do Sistema Único de Saúde.

2.3.1 Distinção entre saúde pública, complementar e suplementar

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao estruturar o fornecimento dos serviços de saúde no país, optou por um modelo híbrido, conforme prevê seu artigo 199, *caput* e § 1º. Referido dispositivo permite à iniciativa privada fornecer a assistência à saúde de duas maneiras: suplementar e complementar aos serviços

de saúde pública (BRASIL, 1988a). A respeito deste tema, conquanto já tenha sido afirmado na introdução da tese não ser objetivo do estudo discorrer sobre os sistemas de saúde suplementar e complementar, este tópico cinge-se em reconhecer a relevância e incidência cada vez mais ativa destes sistemas, notadamente do sistema suplementar no cenário nacional (MELLO, 2012). Logo, a abordagem que aqui se faz visa, tão somente, conferir uma efetiva compreensão da saúde pública nacional e advertir que o Sistema Único de Saúde não é exclusivo no território brasileiro.

A hibridez dos sistemas vigentes no Brasil possibilita a interação entre os serviços público e privado. Também permite a utilização complementar e, portanto, subsidiária dos serviços disponibilizados pelos particulares nas situações em que os serviços de saúde ofertados pelo sistema público forem insuficientes (BRASIL, 1988a).

Como o setor privado constitui o reverso da saúde pública, a convivência destes modelos antagônicos é possível em decorrência da aplicação jurídica específica a cada caso. No Sistema Único de Saúde, o indivíduo é compreendido como usuário dos serviços públicos. Já no âmbito suplementar, pela característica privada, estabelece-se uma relação de consumo entre o fornecedor dos serviços e o cliente (PRADO, 2011). Por sua vez, quando o atendimento é prestado de modo complementar, o cidadão continua sendo visto pelo prisma do serviço público, cujo particular atuará nesta qualidade, sem qualquer distinção pelo usuário.

No entanto, para que o setor privado complemente o serviço público é necessário o preenchimento de três requisitos fixados constitucionalmente (BRASIL, 1988a, artigo 199, § 1º), quais sejam: *i*) formalizar contrato ou convênio, obedecendo as normas de direito público, com primazia do interesse público sobre o privado; *ii*) a instituição privada deverá atender às normas técnicas do Sistema Único de Saúde, seguindo as diretrizes na normativa aplicável ao setor público de saúde, vez que atuará em nome do setor público; e *iii*) a integração dos serviços privados deverá obedecer a lógica organizativa do Sistema Único de Saúde no que tange à regionalização e hierarquização dos serviços. Porém, será conferida preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.

Portanto, a estruturação dos serviços de saúde nacional, embora pretenda atingir a cobertura universal por meio do Sistema Único de Saúde, não se limita a este sistema, admitindo-se a livre existência do sistema privado que poderá atuar na modalidade complementar ou suplementar. O Sistema Único de Saúde poderá ser auxiliado

complementarmente pelo setor privado apenas na hipótese que este obedeça aos mesmos critérios orientadores do sistema público. É isto que fundamenta a ausência de distinção pelo cidadão nas situações em que usa o serviço complementar, pois o particular atuará na qualidade de Administração Pública.

Esta forma organizativa dos sistemas de saúde disponíveis no Brasil permite uma leitura ampliada das diretrizes lançadas pelo Ministério da Saúde, segundo as quais as ações de promoção e proteção da saúde podem ser desenvolvidas pelos setores público e privado, além das ações a serem praticadas pelos próprios indivíduos. Esta amplitude de legitimados a atuar em prol da saúde, em grande medida, está atrelada a programas de saúde vinculados às condições de saúde da população em tempo determinado e espaço delimitado, vinculadas a outros condicionantes externos, mas a ela relacionados e em respeito aos critérios orçamentários.

O Sistema Único de Saúde, neste quadro, apresenta-se como um, dentre muitos casos particulares, de universalização da cobertura dos serviços de saúde pretendida pela Organização Mundial de Saúde. Referido sistema é “financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988a, artigo 198, § 1º).

Logo, resta evidenciada a possibilidade de convivência do sistema público de saúde com o sistema privado. Dentro deste binômio de saúde público-privada há espaço para aprofundarem-se os estudos comparativos sobre as eventuais discrepâncias e similaridades na prestação dos serviços de saúde por ambos os setores, bem como sobre o processo de privatização da saúde, considerando-se, a título de exemplo, a realidade social, econômica, política e cultural da população assistida (BAHIA, 2005; SANTOS, 2009).

Contudo, nesta tese, a saúde enquanto direito social fundamental afasta-se e, ao mesmo tempo, se contrapõe ao caráter mercadológico. Isto justifica a baliza lançada na introdução, de que os estudos limitar-se-ão ao sistema público de saúde, lembrando-se que a pretensão deste estudo é, a partir da construção de indicadores sociais objetivos, estabelecer um cenário de saúde público por excelência pela perspectiva do estabelecimento de recursos humanos da área médica vinculados à Atenção Básica de Saúde.

Realizado este apontamento sobre a hibridez dos sistemas público e privado de saúde vigentes no país, com a possibilidade de atuação complementar deste último, torna-

se possível seguir adiante para apresentar uma breve consideração sobre o custeio do Sistema Único de Saúde. Tal abordagem será feita no próximo tópico.

2.3.2 Custeio do Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 24, inciso XII, atribui competência concorrente à União, aos Estados e ao Distrito Federal para legislar sobre a proteção e defesa da saúde (BRASIL, 1988a). Confere, ainda, com fundamento no artigo 30, inciso VII, competência material aos Municípios para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988a, s. p).

O financiamento dos serviços de saúde pública é custeado por intermédio de tributos. Todavia, explorar esta faceta ou a gestão financeira, observados os critérios orçamentários e de custeio dos serviços prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde, não é o objetivo desta tese, como já delimitado na introdução deste trabalho. Mas alguns apontamentos tornam-se relevantes para entender a complexidade do financiamento do pacote de serviços oferecidos de forma universal pelo Brasil.

A leitura conjunta do artigo 198, §§ 2º e 3º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 com os artigos 6º a 8º da Lei Complementar nº 141/2012, permite identificar os percentuais financeiros mínimos destinados anualmente ao custeio da saúde pública, bem como os critérios estabelecidos para fins de rateio dos recursos de transferência para a saúde, dentre outras questões relativas às três esferas de governo. O gasto da União está previsto para, no mínimo, 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, enquanto os Estados e o Distrito Federal devem destinar ao menos 12% e os Municípios 15% de seus respectivos impostos e receitas arrecadados para o financiamento da saúde (BRASIL, 1988a; 2012b).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a partir da redação dada pela Emenda Constitucional nº 29/2000, inclusive, passou a estabelecer como causa de intervenção federal nos Estados, e dos Estados nos Municípios, o descumprimento da aplicação dos recursos financeiros em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988a, artigos 34, inciso VII e 35, inciso III).

Disto se extrai que a distribuição dos recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde segue a forma de gestão descentralizada, isto é, parte dos recursos captados pelas

três esferas de governo é destinado ao investimento e custeio do Sistema Único de Saúde. A União é a principal financiadora da saúde pública do país. Neste âmbito, os recursos são derivados do orçamento destinado à Seguridade Social, a qual também é responsável por financiar a Previdência Social e a Assistência Social. Estes recursos são somados a outros, a cargo da União, previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias anualmente aprovada pelo Congresso Nacional (BRASIL, 1990c; 2006a).

O montante dos recursos geridos pelo Ministério da Saúde divide-se em duas partes: a primeira é retida para investimento e custeio das ações federais; e a segunda é repassada aos demais entes federados, observados os critérios normativos previamente definidos. Os entes subnacionais adicionarão ao recurso recebido pela esfera federal os seus próprios recursos. O montante resultante desta aglutinação será aplicado em ações e serviços estaduais e municipais de saúde, inclusive com repasse dos Estados aos Municípios, cada qual observada sua esfera de competência (BRASIL, 1988a; 1990c).

A partir do Pacto pela Saúde, divulgado por intermédio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, Estados e Municípios tornaram-se habilitados a receber recursos federais vinculados, por intermédio de seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do Sistema Único de Saúde; e Investimento na Rede de Serviços em Saúde. No âmbito da Atenção Básica de Saúde, por exemplo, o bloco de financiamento é subdividido em dois componentes: Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo) e Piso de Atenção Básica Variável (PAB-Variável). O primeiro (PAB-Fixo) refere-se ao financiamento de ações básicas de saúde, cujos recursos são transferidos, observada a periodicidade mensal, de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. O segundo (PAB-Variável) destina-se ao financiamento de estratégias realizadas na Atenção Básica de Saúde, figurando os mesmos fundos de repasse e recepção, desde que haja adesão e implementação de ações específicas que constem em respectivo Plano de Saúde³⁰ (BRASIL, 2006a; 2006b e 2017c).

Ocorre que os gastos públicos destinados a custear a saúde constituem um problema mundial. De modo geral, a indústria da saúde opera de forma distinta dos demais. Nestas últimas, a competição faz os preços caírem, sendo comum a inovação

³⁰ Todas as informações sobre repasse dos recursos financeiros no âmbito do Sistema Único de Saúde são publicadas no Portal do Fundo Nacional de Saúde – <http://portalfns.saude.gov.br/> – (BRASIL, 2017c).

tecnológica substituir uma tecnologia anterior. Na saúde, porém, a demanda é exponencialmente crescente, sendo que uma nova tecnologia nem sempre descarta a tecnologia anterior, como no caso do exame de “Raio X” que continua sendo utilizado ao lado de outras tecnologias mais modernas, como o ultrassom, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Este exemplo evidencia como surge uma distorção na demanda, pelo enfoque do aumento progressivo dos custos (PORTER; TEISBERG, 2006). Nesse contexto, os custos inerentes à formação do corpo clínico necessário à prestação dos serviços de assistência à saúde pelo Estado devem ser pensados de forma a equilibrar os gastos entre recursos humanos e as demais responsabilidades financeiras afetas ao sistema de saúde.

As distorções entre oferta e demanda, bem como o conflito de interesses dos participantes desse jogo (Poder Público, sociedade, empresas privadas, entre outros) fazem o mercado desequilibrar e o Estado perder o controle imprescindível ao atendimento das necessidades sociais. A saúde, se observada pela perspectiva de um setor de serviços, passa a ser colonizada como uma cultura produtivista. Isso coloca em xeque a credibilidade no sistema educacional sanitário e, por consequência, na qualidade dos serviços de saúde prestado (TOUSSAINT; GERARD, 2010).

Conquanto a obra de Christensen, Grossman e Hwang (2009) destine-se ao sistema de saúde estadunidense, seus argumentos para fundamentar soluções disruptivas podem ser aplicáveis ao Brasil. Em linhas gerais, para estes autores, o remédio capaz de salvar o sistema de saúde de uma falência consiste na realização de melhorias no processo de gestão e controle de custos do atendimento à saúde como um todo. Os autores ainda apontam que as necessidades sociais que circundam este meio são mandatórias na maneira de gerenciamento dos recursos e nos métodos de atendimento, cujas circunstâncias do ambiente impõem a implementação de novas ações para suprir a demanda, sendo relevante compreender as carências que surgem em cada momento, sob pena do fracasso do sistema e da incredibilidade do usuário.

Portanto, entendidas as diretrizes que regem o sistema de saúde pública brasileira, pela perspectiva do processo aplicado em âmbito nacional para efetivar a cobertura universal de saúde, torna-se possível adentrar na próxima seção para discorrer sobre como se estabelece o feixe de atribuições pertinentes à gestão administrativa do Sistema Único de Saúde, especialmente no tocante aos programas e ações vinculados à

Atenção Básica de Saúde. Mas, antes disso, cabe apresentar no tópico subsecutivo as considerações parciais deste capítulo.

2.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Esta seção teve por finalidade atender a ‘*alínea b*’ dos objetivos específicos apresentados na introdução desta tese ao explicitar a sintonia entre as estratégias e diretrizes de saúde pública desenvolvidas no plano global pela Organização Mundial da Saúde e a adoção constitucional brasileira da cobertura universal de saúde como objetivo a ser seguido neste espaço nacional. Ainda, respondeu parcialmente a segunda parte das questões de pesquisas de número ‘1’ e ‘2’ explicitadas na introdução desta tese ao expor os fundamentos normativos e o sistema adotado pelo Brasil para a atingir a cobertura universal da saúde.

O caminho percorrido até este momento já possibilita vislumbrar contornos cada vez mais concretos sobre a saúde pública nacional brasileira ao concluir o percurso do geral para o local, isto é, dos pressupostos fundamentadores da cobertura universal da saúde defendidos pela Organização Mundial da Saúde para os critérios normativos e estruturadores não só da cobertura universal de saúde, como também do Sistema Único de Saúde que visa implementá-la no Brasil.

Aqui justificou-se na *subseção* ‘2.1’ não ser possível afirmar peremptoriamente que há difusão, convergência ou transferência de política pública da Organização Mundial da Saúde para o Brasil ou vice-versa, pois para traçar esta afirmação é imprescindível realizar estudos aprofundados seguindo alguma das teorias de *policy transfer*.

Na *subseção* ‘2.2’ apresentou-se a mudança de paradigma vivenciada pelo Estado brasileiro que, inicialmente, fornecia os serviços de saúde a poucas pessoas, mediante a adstrição de clientela e, a partir da Constituinte de 1988, adotou a cobertura universal de saúde, passando a oferecer, indiscriminadamente, um pacote de serviços a toda a população por intermédio do Sistema Único de Saúde. Ainda, discorreu-se sobre a polissemia da palavra ‘*saúde*’, especialmente para fins de estudos no campo das Políticas Públicas, adotando-se para a tese o conceito ampliado defendido globalmente e, inclusive pelo Brasil, o qual abrange fatores determinantes e condicionantes externos, a exemplo dos meios socioeconômico e cultural, os quais são interdependentes, conforme prevê o artigo 3º da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a).

Portanto, provou-se a premissa de que a cobertura universal de saúde é um fim normativo perseguido pelo Estado brasileiro, cujo meio utilizado para esta consecução é a adoção do Sistema Único de Saúde. Na *subseção* '2.3' adentrou-se à análise do conceito atribuído a este Sistema, vinculando-se à compreensão de Bahia (2008) de que o SUS engloba o formato e os processos jurídicos-constitucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e, em termos pragmáticos, às redes e instituições, compreendidas no âmbito dos serviços e ações, destinados à realização da cobertura universalizada.

Ainda, para fins de compreender a estruturação organizativa da saúde nacional brasileira, apresentou-se a adoção constitucional de um modelo híbrido, no qual convivem harmonicamente os serviços de saúde público, complementar e suplementar, observados os critérios normativos específicos para cada espécie. Além disso, lançou-se algumas palavras sobre o sistema de custeio do pacote de serviços oferecido pelo Sistema Único de Saúde, apontando alguns de seus elementos norteadores, tais como a descentralização da gestão financeira e a vinculação dos recursos.

Na próxima seção serão aprofundados os estudos sobre a perenidade da agenda governamental para tratar dos assuntos inerentes à estruturação dos recursos humanos em saúde no Brasil.

3 A PERENIDADE DA AGENDA GOVERNAMENTAL SOBRE A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL

A conjuntura evolutiva da política pública de saúde nacional, conforme evidenciado na seção anterior (*capítulo '2'*), está diretamente atrelada à evolução política, econômica e social da população brasileira. Neste aspecto, mesmo explicitada a guinada de paradigma de um sistema de saúde preponderantemente eletivo para a adoção de um sistema de saúde fundamentado na cobertura universal, torna-se relevante apresentar como o tema pertinente à gestão dos recursos humanos em saúde foi e está sendo objeto de discussão na agenda governamental de saúde.

Esta análise prestigia o campo de conhecimento afeto às políticas públicas e pode ser observada a partir do modelo de múltiplos fluxos (*multiple streams model*) definido por Kingdon (2013), com a finalidade de identificar as alternativas e soluções apresentadas como elemento essencial à estruturação dos recursos humanos em saúde. Isto possibilita identificar as diferentes pautas defendidas pelo governo federal ao longo do tempo com a finalidade de atribuir à sociedade o acesso aos serviços públicos de saúde pela perspectiva da composição de seu departamento de pessoal em saúde.

Cabe ressaltar, desde logo, que não cabe no escopo desta tese fazer uma revisão ampla sobre todas as articulações traçadas e as políticas efetivamente implementadas que reverberam na gestão dos recursos humanos de saúde ou sejam-lhe pertinentes. Desta forma, serão abordados alguns pontos considerados relevantes para a compreensão do tema.

Assim, o presente capítulo visa apresentar, de forma sucinta, cronológica e não exaustiva, as discussões tangenciadas sobre as estratégias e diretrizes defendidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde, também denominadas Conferências Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, revelando neste conjunto, as tentativas de interiorizar os serviços básicos de saúde, notadamente da área médica. Pretende, ainda, evidenciar os procedimentos organizacionais compilados na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), além das ações destinadas à instituição de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para a saúde pública, tudo com a finalidade de compor um departamento de pessoal em saúde apto a ofertar os serviços sanitários da forma idealizada pelo Estado.

3.1 ESTRATÉGIAS E DIRETRIZES SOBRE RECURSOS HUMANOS DISCUTIDAS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas, originariamente, pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. A finalidade destes fóruns consistia em fornecer informações ao governo federal para facilitar o processo de conhecimento das atividades sanitárias realizadas em todo o país; orientá-lo na execução dos serviços locais de saúde; e conferir-lhe respaldo para a concessão de auxílio e subvenções federais (BRASIL, 1937, artigo 90). Ao longo da história sanitária nacional brasileira, foram realizadas quinze Conferências Nacionais de Saúde, das quais sete ocorreram depois da Constituinte de 1988. A partir desta data, referido conclave passou a ser assegurado pela Lei nº 8.142/1990, com o propósito de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes, convocadas pelo Poder Executivo”³¹ (BRASIL, 1990b, artigo 1º, § 1º).

Os debates travados neste ambiente mostram-se relevantes, pois além de evidenciarem os problemas vivenciados no setor, também apontam alternativas ou soluções possíveis, bem como indicam as proposições consideradas mais viáveis, dentro do conjunto de ideias disponíveis, por apresentarem maior resiliência e aceitabilidade dos formuladores de políticas públicas (KINGDON, 2013). No cenário brasileiro, referidos fóruns possuem forte impacto na adoção das políticas públicas sanitárias a serem implementadas e revelam o grau de importância atribuído pelos agentes políticos aos inúmeros temas que compõem a esfera da saúde pública nacional. Consequentemente, torna-se apropriado explicitar não só os eixos temáticos que foram objeto de discussão neste ambiente, como também as estratégias e diretrizes traçadas em relação aos recursos humanos em saúde.

1ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941, contemplou os seguintes eixos temáticos: *i)* organização sanitária estadual e municipal; *ii)* ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; *iii)* determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e *iv)* plano de desenvolvimento da obra nacional de

³¹ Os níveis a que faz alusão o dispositivo, correspondem às três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941, artigo 1º, § 2º, alíneas ‘a’ a ‘d’).

2ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 28.429, de 27 de julho de 1950, contemplou os seguintes eixos temáticos: *i)* organização sanitária nos Estados e Municípios: necessidade e vantagens da maior uniformização; fixação de diretrizes; *ii)* serviços básicos de saneamento rural: desenvolvimento, auxílio técnico e financeiro; *iii)* formação de pessoal: médicos sanitaristas, engenheiros sanitaristas, enfermeiros, visitadoras de saúde pública e outras auxiliares; e *iv)* convênios sanitários” (BRASIL, 1950, artigo 1º, parágrafo único, alíneas ‘a’ a ‘d’). A primeira abordagem do tema pertinente aos recursos humanos na área médica no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde ocorreu nesta segunda edição do evento, ao debater as questões referentes aos ‘problemas de saúde e assistência’, enfatizando as questões pertinentes à formação profissional (BRASIL, 1950).

3ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963, contemplou os seguintes eixos temáticos: *i)* apreciação geral do problema atinente à situação sanitária da população brasileira; *ii)* distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; *iii)* municipalização dos serviços de saúde; *iv)* fixação de um plano nacional de saúde (BRASIL, 1963a, artigo 1º, parágrafo único, alíneas ‘a’ a ‘d’). Esta corresponde à primeira edição da Conferência após a criação do Ministério da Saúde, ocorrida no ano de 1953, conforme mencionado na *subseção* ‘2.2’ desta tese. Nesta reunião, o assunto referente aos profissionais de saúde, inclusive aos médicos, voltou-se a critérios de repartição de competência orgânica dos entes federativos, com recomendações para a municipalização dos serviços de saúde (BRASIL, 1963b).

4ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966, apresentou como eixo temático exclusivo o tema ‘recursos humanos para as atividades de saúde’. Os tópicos abordados foram: *i)* o médico que o Brasil necessita; *ii)* pessoal paramédico e auxiliar; *iii)* responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento do médico e do pessoal paramédico e auxiliar; e *iv)* responsabilidade das universidades e escolas de medicina no desenvolvimento de uma política de saúde. Além disso, houve duas mesas redondas, as quais contemplaram os seguintes assuntos: *i)* importância do saneamento básico no controle das doenças transmissíveis; e *ii)* melhoria das atividades dos serviços de estatística de saúde (BRASIL,

1966b, artigo 1º, §§ 1º e 2º). Este evento teve por finalidade “formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades em saúde” (BRASIL, 1967, p. 11). Para tanto, expôs a experiência de outros países e de organizações internacionais no campo de recursos humanos para as atividades de saúde, com ênfase sobre a política e as realizações da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, com destaque para os eixos temáticos da educação superior dos profissionais em saúde com o objetivo de resolver os problemas relativos à quantidade de profissionais e à qualidade dos serviços por eles prestados (BRASIL, 1967).

Impulsionado, inclusive, pelas diretrizes lançadas neste conclave, foi instituído o Projeto Rondon por intermédio do Decreto nº 62.927/1968, “com a finalidade de promover estágios de serviços para estudantes universitários, objetivando conduzir a juventude a participar do processo de integração nacional” (BRASIL, 1968, artigo 1º). Este projeto destinava-se aos universitários, incluindo os graduandos em medicina, para exercerem suas atividades profissionais em regiões consideradas prioritárias para o desenvolvimento nacional. Este Projeto vigeu até o período de redemocratização do país, cujo processo de extinção deu-se por meio da Medida Provisória nº 28/1989, convertida na Lei nº 7.732/1989 (BRASIL, 1989a; 1989b).

5ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 75.409, de 25 de fevereiro de 1975, contemplou os seguintes eixos temáticos: *i)* sistema nacional de saúde; *ii)* programa materno-infantil; *iii)* vigilância epidemiológica; *iv)* controle de grandes endemias; e *v)* extensão das ações de saúde às populações rurais (rede de unidades básicas e recursos humanos) (BRASIL, 1975b, artigo 2º, alíneas ‘1’ a ‘5’). Ao abordar o eixo temático referido na letra ‘e’, reconheceu a precariedade de recursos humanos e financeiros para fazer frente ao oferecimento dos serviços de saúde para a população rural, bem como sinalizou a necessidade de se estabelecer uma articulação intersetorial entre os Ministérios que compõem o Poder Público e, inclusive, o setor privado (BRASIL, 1975c).

6ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 79.318, de 1º de março de 1977, contemplou os seguintes eixos temáticos: *i)* operacionalização dos novos diplomas legais, básicos, aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; *ii)* situação atual do controle das grandes endemias; *iii)*

interiorização dos serviços de saúde; iv) Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1977b, artigo 2º, alíneas '1' a '4'). Dentre os temas oficiais descritos, apontaram o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aprovado pelo Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976, para a região do Nordeste como modelo programático adequado à concretização da interiorização dos serviços de saúde em âmbito nacional de forma objetiva e gradual (BRASIL, 1977c; 1976). Além dos temas oficiais descritos, foram apresentadas conferências e painéis versando sobre assuntos de grande interesse para a saúde, dentre os quais destaca-se a conferência intitulada “Instituição do Grupo - Saúde Pública - Importância na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde” (BRASIL, 1977c, p. 03), cuja abordagem do tema cingiu-se a critérios de repartição de competência orgânica dos entes federativos (BRASIL, 1977c).

7ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 84.016, de 20 de setembro de 1979, contemplou como eixo temático central a “expansão das Ações de Saúde, mediante Serviços Básicos, estrutura fundamental do Sistema Nacional de Saúde, com a finalidade de elevar, social e economicamente, os níveis de vida da população do País” (BRASIL, 1979a, artigo 2º). O problema dos ‘recursos humanos para os serviços básicos de saúde’ constituiu um dos painéis desta edição das Conferências Nacionais de Saúde, defendendo-se a ação integrada do Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde para o fim de capacitar esses recursos para os serviços básicos. Neste encontro, os recursos humanos passaram a ser compreendidos como agentes articuladores entre os serviços e a comunidade, substituindo-se a especialidade pela generalidade profissional. Com isso, a formação profissional perpassaria a orientação dos profissionais sobre critérios orientadores do sistema sanitário vigente. Especificamente em relação aos médicos, discorreu-se sobre fatores e influências que se relacionam com o marco conceitual da formação acadêmica que reflete diretamente no exercício profissional, na compreensão sobre o sistema sanitário e no enfrentamento das questões sanitárias, aproximando ou distanciando o médico dos interesses defendidos pelo Poder Público (BRASIL, 1980).

Ratificando-se a recomendação apresentada na 6ª Conferência Nacional de Saúde, editou-se o Decreto 84.219, de 14 de novembro de 1979, para ampliar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para todo o território nacional, com o intuito de intensificar e expandir os serviços básicos de saúde e saneamento, cuja previsão originária compreendia o período entre 1980 e 1985. Destinava-se a “implantar

e operar rede de Unidades Sanitárias destinadas ao desenvolvimento de ações integrais de saúde em localidades de até 20 mil habitantes” (BRASIL, 1979b, artigo 1º, inciso I). Este programa foi descontinuado quando se submeteu ao processo de substituição para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAUDE) indicado pela citada Conferência (MACIEL FILHO, 2007).

8ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, contemplou os seguintes eixos temáticos: *i)* saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; *ii)* reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de: integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação dos serviços de saúde; e *iii)* financiamento setorial. (BRASIL, 1985, artigo 2º, incisos I a III). Referida conferência foi mencionada nos itens ‘2.2’ e ‘2.3’ desta tese, porquanto serviu de amparo à adoção da cobertura universal de saúde e à instituição do Sistema Único de Saúde, ao considerar que “as modificações necessárias ao setor de saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira” (BRASIL, 1986b, p. 02). Referido evento exigiu uma reformulação profunda das bases em que se assentavam a saúde pública nacional, mediante a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, “constituindo-se no que está convencionado chamar de Reforma Sanitária” (BRASIL, 1986b, p. 02). Em decorrência da efervescência política pela qual passava o Brasil, recém-saído do período ditatorial militar, esta assembleia, ao contemplar questões profundas sobre os trabalhadores em saúde, com destaque para a remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, dentre outras, serviu de amparo à realização da *1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS)* que será objeto de análise na *subseção* ‘3.2’.

9ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 99.045, de 07 de março de 1990, contemplou a ‘Saúde: Municipalização é o Caminho’ como eixo temático central (BRASIL, 1990d, artigo 2º). Em que pese a convocação datar do ano de 1990, referido evento foi efetivamente realizado no ano de 1992, caracterizando-se como a primeira Conferência Nacional de Saúde pós-constituente de 1988 (BRASIL, 1993a). A partir de então, todas as Conferências Nacionais de Saúde passaram a reger-se não só pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, como também pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, com disposição expressa para

serem realizadas, respeitado o interstício de quatro (04) anos (BRASIL, 1990b, artigo 1, § 1º).

Esta nona edição também foi realizada durante um período de intensa turbulência vivenciada no plano político nacional – relacionada ao processo de *impeachment* de Fernando Afonso Collor de Mello, ocupante do cargo de Presidente da República. Este processo foi obstado pela renúncia apresentada em 29 de dezembro de 1992, com a respectiva vacância do cargo e subsequente posse do vice Itamar Augusto Cautiero Franco (BRASIL, 1992a; 1992b). Esta comoção nacional refletiu no conclave sanitário em exame, mas não ofuscou a abordagem explícita do tema pertinente aos recursos humanos em saúde, quando se reafirmou:

a necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS; implantação de regime jurídico único em cada esfera de governo; definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de mecanismos de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais; realização de Conferência Nacional sobre Recursos Humanos de Saúde, que deverá aprofundar a análise de diversos aspectos (inclusive jornada de trabalho dos profissionais de saúde). (BRASIL, 1993a, ps. 7-8)

As discussões tangenciaram-se aos critérios de transferência de responsabilidade gestora, considerando o processo incipiente de descentralização administrativa das competências a cargo do ente central (União) para as demais esferas (Estados, Distrito Federal e Municípios), seguindo a orientação política vigente, pautada na redução do papel do Estado. Especialmente em relação aos recursos humanos em saúde, propôs-se a implementação de ações voltadas a apoiar os Municípios nas atividades de suas competências, bem como a implantação de um plano de carreira, cargos e salários no Sistema Único de Saúde, por meio da instituição de regime jurídico único em cada esfera de governo, aplicável a todos os trabalhadores do setor, com escopo multiprofissional, garantindo-se o ingresso no serviço público exclusivamente por concurso público, respeitando-se a isonomia salarial, vedando-se a remuneração baseada na produtividade, valorizando-se a dedicação exclusiva e assegurando-se a progressão permanente na carreira por tempo de serviço ou antiguidade. Recomendou-se, ainda, a realização da 2ª *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde* com a finalidade de aprofundar o debate a reflexão sobre a definição de políticas para o setor (BRASIL, 1993a), a qual será objeto de análise na *subseção* '3.2'. Ainda, foi a precursora da edição

da primeira Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/1993), por intermédio da Portaria nº 545/1993-GM/MS, com a finalidade de estabelecer normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993b).

Dando sequência às deliberações trazidas neste fórum, foi instituído o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), no ano de 1993, contemplando como subprogramas a interiorização de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Para tanto, estabeleceu a fixação de, pelo menos, um médico com residência no respectivo Município participante do Programa. Todavia, considerando sua implementação no último ano eletivo, com assunção dos novos governantes aos cargos políticos, referido programa foi abandonado como estratégia de intervenção depois de apenas onze (11) meses de atividade (MACIEL FILHO, 2007).

10ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto nº 1.727, de 04 de dezembro de 1995, desenvolveu os trabalhos sob a inspiração do tema ‘SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida’ (BRASIL, 1995a, artigo 2º). Referido evento realizou-se no ano subsequente (1996) e, a respeito das questões pertinentes à gestão e organização dos serviços de saúde, sinalizou para a necessidade de estabelecer mecanismos hábeis a efetivar a universalização do acesso aos serviços de saúde mediante o fornecimento da atenção integral à saúde por meio de consórcios intermunicipais, com a finalidade de “facilitar a formação e a capacitação dos trabalhadores em Saúde, reduzir custos e racionalizar a utilização de recursos, realizar concursos...” (BRASIL, 1998a, p. 25). Quanto às questões afetas ao eixo de recursos humanos para a saúde, sinalizou no sentido de “implantar uma Política de Recursos Humanos para a Saúde, através de ampla discussão com os setores sociais interessados” (BRASIL, 1998a, p. 61), apontando algumas balizas, como: composição de equipes multiprofissionais de saúde; valorização destes trabalhadores mediante o estabelecimento de piso salarial; incentivo salarial à dedicação exclusiva; implementação da Mesa Nacional Permanente de Negociação para viabilizar a regulamentação comum do trabalho em saúde para todas as esferas do governo; financiamento das folhas de pagamento pelas três esferas de governo; operacionalização de Plano de Carreira, Cargos e Salários para todas as esferas e governo, abrangendo todos os trabalhadores em saúde, inclusive com incentivo à interiorização, dentre outras (BRASIL, 1998a). Ainda ponderou o dever do Ministério da Saúde de elaborar, no prazo de noventa (90) dias, a partir da divulgação do

relatório, “uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS” (BRASIL, 1998a, p. 62), que será objeto de análise na *subseção* ‘3.2’.

11ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto de 28 de julho de 2000, apresentou como eixo temático central: ‘Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde, com Controle Social’ (BRASIL, 2000a, art. 2º). A respeito da gestão do sistema, apregoaram que a “viabilidade dos consórcios foi posta em questão, especialmente em regiões onde os municípios não dispõem de equipamentos ou não têm o que consorciar” (BRASIL, 2001a, p. 24), cuja maior dificuldade reside na relação política entre os gestores, embora se reconheça a existência de “experiências de consorciamento com bons resultados, como a do Estado do Paraná, e que em outros tem-se trabalhado com sucesso a garantia de referência” (BRASIL, 2001a, p. 24). Ao tratar dos recursos humanos para a saúde, enfatizou a necessidade de “criar mecanismos de absorção dos profissionais que saem das universidades e vão para o setor público com o objetivo de ganhar experiência, deslocando-se, posteriormente, para a rede privada” (BRASIL, 2001a, p. 43). Foram apresentadas propostas “agrupadas em seis categorias de recomendações, isto é, seis eixos de formulação de políticas: Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS, Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; Formação de Pessoal para a Saúde; Relações de Trabalho e Processo de Educação para o SUS” (BRASIL, 2001a, p. 151). Em relação à interiorização do trabalho em saúde, embora não tenha havido consenso de propostas, houve várias sugestões, como o “revezamento dos profissionais pelas regiões dos estados como acontece no Poder Judiciário” (BRASIL, 2001a, p. 153), dentre outras. Ainda, apontou a necessidade de implantar efetivamente a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, bem como recomendou o prazo de 12 meses para implementar o Plano de Carreira Cargos e Salários, considerando-se “todas as carreiras do serviço público como carreiras típicas do Estado” (BRASIL, 2001a, p. 161).

Na sequência dos programas de interiorização dos serviços de saúde, foi editado o Decreto nº 3.745/2001, o qual instituiu o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), “com o objetivo de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médicos-sanitários” (BRASIL, 2001b, artigo 1º). Para tanto, estimulava “a interiorização de médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde” (BRASIL, 2001b, artigo 2º,

inciso V). Todavia, ante as eleições presidenciais ocorridas em outubro de 2002 e a subsequente mudança do Ministro da Saúde em janeiro de 2003, este programa tornou-se objeto de análise da nova equipe ministerial que o declarou oficialmente encerrado no ano de 2004, embora o Decreto que o instituiu permaneça vigente (MACIEL FILHO, 2007). Segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, referido “programa foi substituído por um conjunto de estratégias de apoio à gestão local e de incentivo ao provimento e fixação dos trabalhadores em regiões selecionadas para o Programa de Serviço Civil e Profissional em Saúde” (BRASIL, 2012a, p. 28), de iniciativa do Ministério da Saúde e desenvolvido no período compreendido entre os anos de 2001 a 2004.

12ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto de 05 de maio de 2003, desenvolveu seus trabalhos sobre o tema central intitulado ‘Por um novo ciclo de desenvolvimento do SUS’ (BRASIL, 2003a, artigo 2º). Em relação ao eixo temático atinente ao trabalho na saúde pontuou como diretrizes gerais, dentre outras questões, a promoção pelas instâncias gestoras de condições adequadas para a efetivação da Norma Operacional Básica em Recursos Humanos para o SUS, com cronograma de implantação até o ano de 2004, além de “implantar e considerar o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) como instrumento essencial da política de gestão do trabalho, garantindo que o ingresso dos trabalhadores no serviço público, nas três esferas de governo, se faça por meio de concurso público” (BRASIL, 2004a, p. 116). Nesta conferência ainda foi convocada a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (CNGTES)³², que será objeto de análise na *subseção* ‘3.2’.

13ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto de 10 de maio de 2007, desenvolveu seus trabalhos de acordo com tema central intitulado ‘Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento’ (BRASIL, 2007b, artigo 1º). Em relação aos recursos humanos em saúde, solicitou: a criação da Rede Nacional de cooperação técnica, com aptidão de mobilizar esses recursos, cuja operação deveria se dar por mecanismos nacionais de compartilhamento e colaboração; a ampliação e equiparação dos “espaços físicos da rede SUS com recursos humanos, materiais e insumos” (BRASIL, 2008, p. 81); a garantia de desprecarizar o trabalho na saúde com a implantação imediata do Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR-

³² As duas conferências que a precederam, realizadas nos anos de 1986 e 1993, foram denominadas de Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (BRASIL 1986; 1994a).

SUS), “como requisito para as pactuações por meio das Diretrizes Nacionais já aprovadas; realizar por intermédio do setor de RH, concurso público para o preenchimento de cargos nas diversas áreas de saúde (...), incentivando a interiorização, garantindo a fixação destes no interior” (BRASIL, 2008, p. 84); o cumprimento, pelos três níveis de governo, da “responsabilização pela estruturação, regulação, controle e ajuste da Política de Recursos Humanos para a Saúde (NOB RH)” (BRASIL, 2008, p. 86); o dimensionamento dos recursos humanos:

observando critérios epidemiológicos, capacidade instalada da unidade e os serviços prestados, recomendações e resoluções efetuadas pelos conselhos profissionais, garantindo no quadro de pessoas a reserva técnica de profissionais da saúde, visando cobrir férias, licenças e outros afastamentos previstos em lei, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2008, P. 86).

Ainda sinalizou para a necessidade de se garantir a reestruturação dos órgãos públicos, mediante “a criação de quadro efetivo de recursos humanos que seja compatível com a necessidade de gestão e atenção à saúde do SUS, e a realização de concurso público imediato nas três esferas de governo” (BRASIL, 2008, p. 175). Também defendeu que “o profissional de saúde tenha um estatuto próprio, nas três esferas do governo, para que com isso haja integração de todos os profissionais (direitos e deveres; plano de cargos, carreiras e salários) (BRASIL, 2008, p. 188), dentre outras questões.

14ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto de 03 de março de 2011, desenvolveu seus trabalhos sobre o tema central intitulado ‘Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro’ e o eixo: ‘Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS’ (BRASIL, 2011b, artigo 1º). Em relação à diretriz destinada a uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde, orienta a instituição de um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV), de modo pactuado na mesa de negociação permanente do Sistema Único de Saúde, “de âmbito nacional para todos os profissionais de saúde do SUS, com vínculo trabalhista regido pelo Regime Jurídico Único (RJU) e acesso exclusivo por concurso público e que contemple as diferenças regionais” (BRASIL, 2012c, p. 39). Direciona, ainda, que a implementação deste plano contemple “piso salarial nacional, isonomia salarial para profissionais e trabalhadores com o mesmo nível de formação, implementando a Carreira Única no SUS, como carreira de Estado, garantindo incentivos de exclusividade, escolaridade e interiorização” (BRASIL, 2012c, p. 45),

mediante a participação das três esferas de governo em seu financiamento, com a garantia de que o referido plano fosse implantado até fevereiro de 2012, dentre outras questões (BRASIL, 2012c).

15ª Conferência Nacional de Saúde: convocada por intermédio do Decreto de 15 de dezembro de 2014, desenvolveu seus trabalhos com o tema: ‘Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das pessoas’ e o eixo: ‘Direito do Povo Brasileiro’ (BRASIL, 2014b, artigo 1º). Em relação às diretrizes aprovadas, destaca-se a de nº 3.1, referente à valorização do trabalho e da educação em saúde, segundo a qual deve-se buscar o fortalecimento do papel do Estado na regulação do trabalho em saúde, garantindo “os mecanismos de desprecarização, valorização e qualificação do trabalho na saúde por meio da criação e implementação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)” (ABRASCO, 2015, p. 04).

As Conferências Nacionais de Saúde, notadamente a oitava (8ª) que precedeu a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e as posteriores, desenvolvidas sobre a estrutura normativa vigente de cobertura universal de saúde por meio do Sistema Único de Saúde, apontam a existência de vários caminhos para a estruturação dos recursos humanos em saúde que permitem a concretização do ideal de universalização sanitária nacional. Este ambiente, inclusive, foi fértil à construção de fóruns de discussões exclusivos a respeito da gestão de recursos humanos, considerando o descompasso entre as diretrizes traçadas no plano internacional e as práticas efetivadas no setor de recursos humanos em saúde, os quais serão abordados na próxima subseção.

3.2 ESTRATÉGIAS E DIRETRIZES DISCUTIDAS NAS CONFERÊNCIAS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E CONTEMPLADAS NA NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

Ao longo da história nacional brasileira foram realizados três fóruns sobre a insigne exclusiva de recursos humanos em saúde. Estes eventos ampliaram os debates sobre a política sanitária nacional ao assegurarem um caráter mais abrangente às análises, avaliações e proposições sobre os diversos aspectos que compõem a gestão de recursos humanos para atender aos preceitos institucionais do Estado brasileiro.

Paralelamente, e como resultado da movimentação dos atores políticos no campo das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências de Recursos Humanos para a

Saúde, foi instituída a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde. Este instrumento apresenta-se como eminentemente diretivo ao apontar o sentido a ser trilhado pelo Poder Público para tornar exitosa a gestão dos recursos humanos em saúde.

Neste tópico serão sintetizadas as principais estratégias e diretrizes articuladas nestes conchaves específicos com a finalidade de que os recursos humanos em saúde conquistem condições políticas-administrativas e técnicas-operacionais aptas a prestar os serviços de saúde de forma universalizada. O objetivo é evidenciar os elementos considerados relevantes, bem como os pontos críticos para a concretização de um estamento de força de trabalho em saúde compatível com os cânones projetados pelo Poder Público.

1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: realizada entre os dias 13 e 17 de outubro do ano de 1986, por orientação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986a), abordou o tema central intitulado ‘Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária’ (BRASIL, 1986), consolidando as análises realizadas por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde ao detalhar e propor uma agenda para o movimento de reforma sanitária. O plano de ação delineado nesta Conferência ao seguir o processo de reformas pelas quais passava o Estado, constituiu-se em fórum privilegiado para a discussão das seguintes questões: política de gestão do trabalho; formação; e desenvolvimento dos profissionais em saúde. Também apontou os possíveis caminhos a serem seguidos para a implantação do Sistema Único de Saúde. Neste evento tornou-se explícito que a resolução do problema relacionado aos recursos humanos para a saúde “transcende esse âmbito e incorpora o estudo e o trabalho de temas como o recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefia entre outros” (BRASIL, 1986, p. 11). Salientou que a consolidação do Sistema Único de Saúde perpassa a implantação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, por tratar-se de critério desprecuarizador para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH): realizada entre os dias 12 e 17 de setembro de 1993, seguiu a expressa recomendação da 9ª Conferência Nacional de Saúde (1993a). Caracterizou-se como o primeiro evento desta estirpe depois de estabilizado, normativamente, o quadro político institucional brasileiro com a definição

da nova ordem constitucional do país em 1988 e das bases legais do novo sistema de saúde em 1990 (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990). Este fórum teve por finalidade expor a realidade sanitária nacional pelas perspectivas dos desafios éticos, das iniquidades no fornecimento dos serviços de saúde implementados e dos trabalhadores em saúde. Ainda, apresentou propostas voltadas às questões pertinentes à transição do sistema de saúde (migração do Sistema Único Descentralizado de Saúde para o Sistema Único de Saúde, referido anteriormente, na *subseção* '2.2'); a preparação de recursos humanos; a gestão de trabalho; e o contrato de trabalho aplicável ao setor, inclusive, no que se refere ao estabelecimento do plano de carreira, cargos e salários (BRASIL, 1994a).

3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: realizada entre os dias 15 e 18 de março de 2006, por recomendação da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), teve por finalidade debater e avaliar os processos de trabalho no SUS para propor “diretrizes nacionais para a implementação de políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, tendo como referência a NOB/RH-SUS” (BRASIL, 2005a, p. 08). Este evento foi idealizado para ampliar a participação e corresponsabilidade dos diversos segmentos do Sistema Único de Saúde na execução das políticas de gestão do trabalho e educação, bem como fortalecer o compromisso social neste campo (BRASIL, 2005a).

Com a finalidade de expor a situação vivenciada no plano da gestão do trabalho e da educação em saúde, foram disponibilizados aos participantes da Conferência: *i*) a ‘Cartilha de Desprecarização do Trabalho no SUS’ que contempla um compilado de perguntas e respostas referentes ao tema denominado DesprecarizaSus, construída pelo Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2006c); *ii*) as propostas preliminares referentes às ‘Diretrizes Nacionais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCC-SUS)’, elaboradas pela Comissão Especial para elaborar as Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, aptas a subsidiar a elaboração ou reestruturação dos planos de carreiras dos trabalhadores do SUS nas três esferas de governo, mediante a construção de carreiras assemelhadas entre si, respeitando-se as peculiaridades e necessidades locais (BRASIL, 2005b); *iii*) os ‘Cadernos de Recursos Humanos’, referentes à Primeira e Segunda Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde mencionadas anteriormente, entre outros (BRASIL, 2007c).

Este terceiro e último conclave específico foi conduzido em observância a quatro eixos temáticos: *i)* Gestão Democrática e Participativa do Trabalho em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento; *ii)* Gestão Democrática e Participativa na Educação em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento; *iii)* Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador; e *iv)* Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Mencionam, neste documento, que alguns dos impedimentos para o avanço do setor consistem nos “vínculos precários, formação não orientada aos princípios do SUS, gestão centralizada e antidemocrática, escassez de recursos, terceirização de serviços, falta de incentivos para a educação permanente do trabalhador” (BRASIL, 2007c, p. 05), bem como indicados caminhos a serem seguidos para a solução destes problemas, mediante a implementação de políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. As discussões promovidas no evento foram sintetizadas em “6.055 propostas oriundas de 27 relatórios aprovados nos estados e no Distrito Federal” (BRASIL, 2007c, p. 05), das quais quinhentos e vinte e oito (528) foram selecionadas para compor o relatório final da Conferência (BRASIL, 2007c).

Paralelamente a estas discussões sobre os critérios para gerir os recursos humanos destinados a atuar na saúde pública, foram instituídas práticas destinadas a operacionalizar a referida estrutura, constituída no que se convencionou denominar de Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos para a Saúde (NOB-RH/SUS). As peculiaridades para a edição deste instrumento merecem uma abordagem destacada, conforme se vê do próximo subitem.

3.2.1 A construção da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para a Saúde

Concomitantemente às linhas de ações apresentadas pelas Conferências Nacionais de Saúde (*item '3.1'*) e pelas Conferências de Recursos Humanos para a Saúde (*item '3.2'*) foram instituídos procedimentos destinados a atribuir maior concretude e efetividade à organização da força de trabalho em saúde. Esta sistematização foi compilada na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para a Saúde, iniciada por orientação das diretrizes lançadas na 9ª e na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizadas respectivamente em 1993 e 1996. Tal conduta visava padronizar organizacionalmente os recursos humanos em saúde pública em decorrência do processo de municipalização dos serviços de saúde, com o objetivo de eliminar distorções e

harmonizar os procedimentos administrativos de gestão de pessoal a cargo do Poder Público (BRASIL, 1993a; 1998a).

Para atender ao referido preceito, inicialmente foi publicado um instrumento de trabalho para apoiar o “encaminhamento da agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS, no que se refere à política de recursos humanos para o SUS” (BRASIL, 1995b, p. 01). Este documento contemplou os pressupostos e condições básicas referentes ao tema, bem como arrolou as áreas de interesses para a definição da agenda política, quais sejam: as modalidades de contratação do trabalho no SUS; o enfoque no tratamento de conflitos nas relações de trabalho nos serviços de saúde; os sistemas de remuneração do trabalho em saúde; a educação em serviço dos trabalhadores de saúde; a função de formação profissional no SUS; e, a participação no processo de regulação das profissões, das relações de trabalho e da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1995b).

Este instrumento de trabalho subsidiou a edição da ‘Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde do ano de 1996 (NOB-SUS/1996)’, por intermédio da Portaria nº 2.203/1993-GM/MS. Sua finalidade foi redefinir o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, voltado a viabilizar a atenção integral à saúde da população e a disciplinar as relações entre as três esferas de gestão do SUS, com ênfase à consolidação do pleno exercício desta atividade por parte dos Municípios e do Distrito Federal e à redefinição das responsabilidades do Estado, do Distrito Federal e da União³³ (BRASIL, 1996).

Dois anos mais tarde, em 1998, foi elaborada a primeira versão preliminar do documento ‘Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS’, voltada exclusivamente à criação de instrumentos normativos para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde, destinada a redefinir seu modelo de gestão como forma de viabilizar a atenção integral à saúde. Desde esta primeira edição, a NOB/RH-SUS ressalta a importância do trabalho e da valorização dos profissionais no que tange à regulação das relações laborais no setor de saúde e na respectiva implantação dos modelos de assistência (BRASIL, 2005c).

A segunda edição dos ‘Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS’ foi publicada no ano 2000, contemplando: fundamentos normativos; conceitos básicos; questões pertinentes à gestão do trabalho voltadas à plena implantação do Sistema Único de Saúde; metodologia aplicável ao desenvolvimento do trabalhador e formação de

³³ Conforme mencionado na *subseção* ‘3.1’, a primeira Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) foi editada por intermédio da Portaria nº 545/1993-GM/MS, com a finalidade de estabelecer normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993b).

pessoal específico para o Sistema Único de Saúde; saúde ocupacional do trabalhador do Sistema Único de Saúde; e o controle social da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000b). Tais princípios e diretrizes foram submetidos à apreciação dos participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou a terceira versão do documento, acrescentando-lhe três anexos: legislação vigente sobre a gestão pública do trabalho; opiniões sobre a pertinência e viabilidade, desafios, pontos críticos, dificuldades, questões omitidas e estratégias para implementação da NOB/RH-SUS nas três esferas de gestão, bem como a contribuição de especialistas para a NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003b).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde consolidou os principais pontos da legislação destinada à gestão pública do trabalho, além de normatizar a sua própria aplicação e sugerir mecanismos reguladores da relação dos gestores com os prestadores dos serviços em saúde. Ainda, constitui referência aos trabalhadores do setor no processo de negociação dos inúmeros pontos pendentes de solução para a estruturação de um corpo de recursos humanos em saúde por excelência no setor público de saúde.

A partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde, no âmbito federal, a consecução da NOB-RH/SUS tornou-se atribuição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), “cujo objetivo principal é implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores em saúde em conformidade com seus princípios e diretrizes” (BRASIL, 2005a, p. 28). A partir de então, os ‘Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS’ passaram a ser aplicados, por força da Resolução nº 330/2003-CNS como ‘Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS’ (BRASIL, 2003c). Isto culminou na publicação, ocorrida no ano de 2005, da terceira edição, revista e atualizada, dos ‘Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS’, a qual traz, em seu conteúdo, orientações fundamentais para a organização dos processos gerenciais do trabalho na saúde pública nacional, sistematizada nos seguintes capítulos: Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS; Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS; Princípios e Diretrizes da Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS; Princípios e Diretrizes para o Controle Social da Gestão do Trabalho no SUS; além da Apresentação da Terceira Versão Preliminar, da Introdução, da Fundamentação, dos

Conceitos Básicos e da Legislação Vigente, sobre a Gestão Pública do Trabalho no SUS (BRASIL, 2005c).

As estratégias e diretrizes apontadas nas duas primeiras Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde e na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, bem como apresentados os procedimentos encartados na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para a Saúde, permitem inferir que a alternativa mais mencionada pelos atores políticos, notadamente os gestores públicos participantes, para resolver o problema verificado na gestão de recursos humanos para a saúde perpassa o estabelecimento de um plano de carreira, cargos e salários. Destarte, a próxima subseção destina-se a aprofundar a análise sobre as tentativas de concretização adotadas pelo Poder Público sobre o referido plano.

3.3 AÇÕES DESTINADAS À FORMULAÇÃO DE UM PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A análise do compilado de documentos construídos a partir das deliberações produzidas durante os diversos fóruns realizados ao longo da história nacional brasileira, bem como dos procedimentos que compõem a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, referidos nos itens '3.1' e '3.2', evidenciam que a discussão relativa à composição de uma carreira profissional à força de trabalho destinada a atuar no serviço público de saúde brasileiro caracteriza-se como tema recorrente. Esta questão foi suscitada por representantes dos mais variados segmentos presentes nas reuniões, compostas por trabalhadores, gestores públicos e formuladores de políticas públicas, todos com o intuito de minorar distorções e atingir a idealizada cobertura universal de saúde.

A trajetória seguida a partir destes eventos propulsores revela, ainda, que a gestão dos recursos humanos em saúde atrela-se ao binômio formação-serviço. Por este aspecto, a solução indicada como mais adequada perpassa as mais variadas facetas, a exemplo da repartição de competência entre os entes que compõem o Estado e dos critérios econômicos e financeiros hábeis a custear a implementação pretendida.

Desta feita, a análise das ações destinadas à formulação de um plano de carreira, cargos e salários aos profissionais da saúde deve partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que se amparou nos princípios inerentes à reformulação do

sistema nacional de saúde discutidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde³⁴. A Referida Carta Maior, definiu em seu artigo 39 que: “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da Administração Pública direta, das autarquias e das fundações públicas” (BRASIL, 1988a, artigo 39).

Seguindo os princípios orientadores da Conferência em menção e em observância à Magna Carta, foi iniciado o Projeto de Lei nº 3.110/1989, posteriormente transformado na Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990). A redação final do citado projeto dispunha, em seu artigo 27, incisos II e II:

II - instituição, em cada esfera do governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde – SUS, da administração direta e indireta, baseado em critérios definidos nacionalmente.

III - fixação de piso nacional de salários para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção pelos Estados e Municípios de remuneração complementar para atender as necessidades regionais. (BRASIL, 1989c, s.p.)

No entanto, este trecho foi vetado por intermédio da Mensagem de Veto nº 680, emitida pelo Presidente da República Fernando Afonso Collor de Mello. O veto do inciso II deu-se ao fundamento de que estava em trâmite projeto de lei voltado a instituir o Sistema de Carreira do Serviço Civil da União. Já o veto do inciso III sedimentou-se em dois argumentos: o primeiro, no sentido de que o estabelecimento de critérios diversos para o estabelecimento de piso gera problema incontornável à gestão de recursos humanos; e, o segundo, porque referido dispositivo seria inconstitucional por afrontar o artigo 39, § 1º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o qual assegura isonomia de vencimentos para cargos de atribuições iguais entre os servidores do mesmo Poder (BRASIL, 1989c).

Este veto presidencial que obstou, não só, o plano de cargos e salários do Sistema Único de Saúde, como também a representatividade social dentro do setor de saúde gerou uma intensa mobilização dos atores envolvidos, a exemplo, dos trabalhadores em saúde. Como consequência deste fluxo, no mesmo ano, foi editada a Lei de nº 8.142/1990. Esta

³⁴ No relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram estabelecidos os princípios orientadores da política de recursos humanos que deveriam ser contemplados no processo de reforma sanitária: “- remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de plano de cargos e salários; - capacitação e reciclagem permanentes; - admissão através de concurso público; - estabilidade no emprego; - composição multiprofissional de equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial; - compromisso dos servidores com os usuários...” (BRASIL, 1986, ps. 11-12).

norma além de instituir duas instâncias colegiadas, consistentes na Conferência Nacional de Saúde e no Conselho de Saúde, ainda condicionou o repasse de recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, ao estabelecimento de “Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a sua implantação” (BRASIL, 1990b, artigo 4º, inciso VI), sob pena de os recursos serem geridos, respectivamente, pelo Estado ou pela União (BRASIL, 1990b, artigos 2º, *caput* e inciso IV; 3º, *caput*; 4º, *caput* e parágrafo único).

A partir deste marco legal, o setor da saúde pública brasileira, pela perspectiva dos recursos humanos em saúde, passou por grandes transformações na tentativa de implementar o Sistema Único de Saúde. A força de trabalho em saúde passou a ser vista como componente imprescindível ao sistema sanitário nacional, tornando-se elemento estratégico e dinâmico de gestão para o enfrentamento dos problemas que impedem a realização da cobertura universal de saúde.

A Portaria nº 830/1990-GM/MS foi editada considerando a necessidade de elaborar o Plano de Carreira, Cargos e Salários para os servidores do Sistema Único de Saúde dos níveis federal, estadual e municipal. Sua finalidade foi instituir a primeira Comissão Especial para a elaboração de uma proposta do citado plano para os servidores federais lotados no Sistema Único do SUS, a qual fornecerá subsídio para a estruturação de plano semelhante para os servidores estaduais e municipais (BRASIL, 1990e). As portarias subsequentes, voltadas a instituir Comissão Especial para a elaboração das diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS, são compostas por representantes das várias Secretarias e órgãos dos Ministérios da Saúde, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Ciência e Tecnologia, bem como do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e das entidades sindicais e patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), como se vê na Portaria nº 626/2004-GM/MS³⁵ (BRASIL, 2004b).

Por conseguinte, o plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando a relevância deste tema, editou a Resolução nº 12/1991-CNS com a finalidade de aprovar as “Orientações gerais para o Plano de Carreira, Cargos e Salários” para os Estados,

³⁵ Várias portarias foram editadas com a finalidade de instituir e alterar a composição da Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS, a exemplo da Portaria nº 2.428/2003-GM/MS (BRASIL, 2003d) e da Portaria nº 626/2004-GM/MS (BRASIL, 2004b).

Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 1991), pertinentes à abrangência, qualidade, mobilidade, universalidade, flexibilidade, participação na gestão, incentivo à dedicação exclusiva e tempo integral. Ainda, apontou a possibilidade de evolução ininterrupta dos servidores na carreira e critérios de avaliação de desempenho institucional e profissional (BRASIL, 1991). Porém, o relatório final da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, ocorrida em 1993 consignou, de forma explícita, que a estruturação dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários “se tornaram verdadeiras peças de ficção, já que nunca traduzidos em decisões e políticas oficiais, ainda que tenham se consubstanciado em propostas concretas e até mesmo aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 1993c, p. 03).

Frente a este cenário, diversos mecanismos foram instituídos para suprir a lacuna identificada e tornar factível a construção de uma estirpe de recursos humanos em saúde compatível com os pressupostos normativos do Estado. O objetivo voltava-se a garantir a oferta quantitativa de profissionais com perfil educacional adequado às necessidades do Sistema Único de Saúde. Com isso, a partir do ano de 2003 o governo federal assumiu para si a atribuição de discutir e elaborar as diretrizes de âmbito nacional, articulando em diversas frentes para formular um plano de carreira, cargos e salários aos profissionais da saúde.

Para tratar das questões relativas à força de trabalho em saúde foi criada, por meio do Decreto 4.726, de 09 de junho de 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), a cargo do Ministério da Saúde. Desde então, esta secretaria responde pela gestão federal do Sistema Único de Saúde “no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores em saúde” (BRASIL, 2012a, p. 09). As competências atribuídas a esta Secretaria estão arroladas nos incisos I a X do artigo 28 do Decreto 8.901/2016, as quais compreendem:

- I - promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- II - elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar sua execução, e promover o desenvolvimento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde;
- III - planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, à organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, à formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e ao ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo;
- IV - articular com os órgãos educacionais, com as entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, com os movimentos sociais, e com

entidades representativas de educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde;

V - promover a integração dos setores de saúde e de educação, a fim de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;

VI - planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre a gestão do SUS nos níveis federal, estadual, municipal e no Distrito Federal, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde;

VII - planejar e coordenar ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e na regulação das profissões de saúde;

VIII - planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, e à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde;

IX - fomentar a cooperação internacional, inclusive por meio da instituição e da coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente a solução das questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul; e

X - coordenar a análise técnica de projetos de lei e de outras propostas normativas que disponham sobre o trabalho e a educação em saúde (BRASIL, 2016e, artigo 28, incisos I a X).

Dentro da estrutura regimental do Ministério da Saúde, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação insere-se como um órgão, composto pelos Departamentos de Gestão da Educação na Saúde³⁶; de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde³⁷; e de

³⁶ Art. 29. Ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde compete: I - participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e no Ministério da Saúde; II - buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e a adequação da formação profissional às necessidades da saúde; III - promover o desenvolvimento da rede de escolas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e de redes colaborativas de Educação em Saúde Coletiva; IV - estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde e para os processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; e V - estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, interprofissionais e com ênfase no trabalho colaborativo, tendo em vista a atenção integral à saúde (BRASIL, 2016e, Anexo I, artigo 29).

³⁷ Art. 30. Ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde compete: I - planejar estudos de análise das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população; II - atuar junto aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal para a solução dos problemas de pessoal do setor público e do setor privado pertinentes ao SUS; III - promover e participar da articulação de pactos entre as gestões federal, estaduais municipais e do Distrito Federal, no que se refere aos planos de produção, à qualificação e à distribuição dos profissionais de saúde do SUS; IV - coordenar, incentivar e apoiar os Estados, os Municípios, o Distrito Federal e as instituições públicas, sob regime público ou privado com atuação no SUS, na elaboração e na implementação de planos de cargos e carreiras profissionais no âmbito do SUS; V - planejar e coordenar as ações de regulação profissional tanto para novas profissões e ocupações, quanto para as já estabelecidas no mercado de trabalho; VI - propor e acompanhar sistemas de certificação de competências profissionais, visando à regulação dos processos de trabalho em saúde; VII - articular sistema permanente de negociação das relações de trabalho com os gestores federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal, o setor privado e as representações dos trabalhadores; e VIII - supervisionar a elaboração de parecer sobre projetos de lei

Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde³⁸ (BRASIL, 2016e, Anexo I, artigo 2º, inciso II, alínea b, números 1 a 3, s. p). Portanto, foi a partir deste arranjo organizacional, formado no ano de 2003, que se atribuiu ao gestor federal a responsabilidade quanto a formulações de políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde.

A partir desta estrutura administrativa, passou-se a refletir, com maior profundidade, sobre a influência do perfil profissional adequado para ofertar os serviços de saúde à população, mantendo-se abertas inúmeras lacunas sobre os caminhos a serem seguidos para organizar os recursos humanos em saúde para atender às exigências sociais (CIAVATTA, 2008). Segundo Vieira (2008), isto confere centralidade ao tema pertinente ao trabalho em saúde na agenda política do governo federal enquanto método capaz de conferir eficiência e efetividade ao Sistema Único de Saúde. A partir deste novo arranjo, o trabalhador em saúde passou a ser compreendido como agente transformador do ambiente no qual exerce suas atividades laborais.

O intuito era desprecarizar o vínculo de trabalho na área de saúde, dentre outras questões afetas à consolidação de recursos humanos com competência suficiente para dar pleno atendimento às necessidades sociais (MACHADO, 2008). Para explicitar esta intenção, abaixo serão citadas, de forma não exaustiva, algumas ações consideradas relevantes para atingir o objetivo de instituir um plano de carreira, cargos e salários aos recursos humanos em saúde pelo ente federal:

i) Edição da Resolução nº 331/2003-CNS, com a finalidade de reinstalar os trabalhos da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS³⁹ para estabelecer negociações sobre a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema

e de outras propostas normativas que disponham sobre o trabalho em saúde” (BRASIL, 2016e, Anexo I, artigo 30).

³⁸ “Art. 31. Ao Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde compete: I - planejar, coordenar, monitorar e avaliar a provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS; II - planejar, coordenar, monitorar e avaliar a celebração dos termos de cooperação com as instituições de ensino que prestam o curso de Especialização em Saúde da Família; III - coordenar o curso de Especialização em Saúde da Família junto à Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS e às instituições de ensino a ela filiadas; IV - planejar, coordenar e monitorar o projeto político-pedagógico, o processo de certificação e a avaliação de desempenho dos envolvidos nos programas de provisão de profissionais da área saúde no âmbito do SUS; V - planejar a estratégia de ação dos programas de provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS em áreas carentes e remotas do País; e VI - articular com os setores de saúde e educação no âmbito federal, estadual, distrital e municipal” (BRASIL, 2016e, Anexo I, artigo 31).

³⁹ A Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde foi instituída pela primeira vez por intermédio da Resolução nº 52/1993-CNS com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde (BRASIL, 1993c, artigo 1º).

Único de Saúde e o plano de Cargos e Carreira da Saúde – PCCS (Carreira/SUS), dentre outras matérias (BRASIL, 2003e).

ii) Edição da Portaria nº 2.430/2003-GM/MS, destinada a instituir o Comitê Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (CIDT-SUS), conferindo-lhe a atribuição de elaborar e formular as diretrizes para a desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde, bem como dimensionar e estimular a realização de concurso público para o setor, dentre outras atribuições (BRASIL, 2003f).

iii) Edição da Portaria nº 626/2004-GM/MS, com a finalidade de constituir uma Comissão Especial para propor as Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b). Os membros desta Comissão realizaram um efetivo diálogo e construíram um trabalho cooperativo dividido em três Grupos de Trabalhos (GT), quais sejam:

GT Conceituação, responsável pela elaboração dos conceitos gerais e fundamentais para a elaboração dos planos de carreira;

GT Desenvolvimento na Carreira, encarregado de traçar a trajetória profissional do trabalhador, no que diz respeito à progressão e promoção funcional; e

GT Salários e Vencimentos, que respondeu pela definição de critérios de remuneração e de evolução salarial. (BRASIL, 2005b, p. 10 – destaque no original).

O desenvolvimento dos trabalhos pautou-se na Resolução nº 12/1991-CNS, mencionada anteriormente; nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para a Saúde, bem como nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, apresentados nos *itens* '3.1' e '3.2'. Ainda foram considerados os estudos realizados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e pela equipe do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS); as resoluções do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, bem como as contribuições das entidades sindicais integrantes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (BRASIL, 2005b).

Ao concluir os trabalhos, a referida Comissão Especial elaborou o documento denominado 'Proposta Preliminar de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde'. Este material contemplou os seguintes capítulos: disposições gerais; organização das carreiras; desenvolvimento na carreira; plano de desenvolvimento de pessoal; enquadramento; e

disposições finais. Ainda foi acompanhado dos seguintes textos de apoio: princípios e conceitos; estrutura e desenvolvimento; concurso em duas etapas; gratificações adicionais; plano de desenvolvimento de pessoal; e enquadramento. A citada proposta foi disponibilizada para consulta pública com o intuito de permitir a todos os interessados a contribuição para o aperfeiçoamento do documento (BRASIL, 2005b).

iv) Edição da Portaria nº 827/2004-GM/MS, com a finalidade de constituir a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), “de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2004c, artigo 1º). Dentre suas atribuições estava a de propor ações destinadas à regulação profissional para as profissões e ocupações da área da saúde (BRASIL, 2004c).

v) Edição da Portaria nº 908/2005-GM/MS, com a finalidade de reinstalar a Comissão Especial responsável pela elaboração das Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS, referida anteriormente no item ‘iii’, “com a exclusiva atribuição de sistematizar as contribuições oferecidas por meio da consulta pública para o aperfeiçoamento de sua sugestão de anteprojeto de lei” (BRASIL, 2005d, artigo 1º). Após a sistematização do anteprojeto, o texto foi submetido à apreciação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005d). Ao final destes trabalhos, foi publicada a redação final das ‘Diretrizes Nacionais PCCS-SUS’, consignando: os princípios a serem observados; os conceitos fundamentais aplicáveis à espécie; bem como, as regras norteadoras do plano de carreira pertinentes ao estabelecimento de classes por nível de escolaridade; jornada de trabalho; forma de ingresso; desenvolvimento na carreira, inclusive em relação aos planos institucionais de desenvolvimento de pessoal; enquadramento funcional; dentre outros (BRASIL, 2006d)

vi) Edição da Portaria nº 928/2006-GM/MS, com a finalidade de instituir a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde⁴⁰ para propiciar o intercâmbio de informações e experiências exitosas entre o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e os comitês estaduais e municipais que dela participarem (BRASIL, 2006e).

⁴⁰ A Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde integra a Rede de Cooperação de Apoio à Gestão do SUS (CooperaSUS), voltada ao fortalecimento da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c).

vii) Elaboração pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2006, da cartilha intitulada ‘Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde – DesprecarizaSUS: perguntas e respostas’. Esta prática foi impulsionada pela instituição da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (referida no *item ‘vi’*, supra) e pelos resultados advindos das 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde e das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde e de Recursos Humanos para a Saúde. Este compêndio oferecia aos gestores e trabalhadores de saúde informações sobre o processo de desprecarização do sistema de saúde público, caracterizando-o como uma política de governo voltada ao estabelecimento de vínculos que assegurem direitos e estabilidade aos trabalhadores, de forma a organizar os serviços de saúde oferecidos à população (BRASIL, 2006c).

O DesprecarizaSUS objetivava pactuar o financiamento e as metas inerentes ao processo de desprecarização pelas três esferas de governo. Para tanto, replicava o entendimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, segundo os quais o trabalho precário é qualificado como aquele vinculado ao Sistema Único de Saúde sem garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo profissional direto ou indireto. Ainda, reproduzia a compreensão das entidades sindicais representantes dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que acresciam ao entendimento anterior a noção de que o trabalho no Sistema Único de Saúde também seria adjetivado de precário se acessado sem concurso público ou processo seletivo para cargo permanente (estatutário) ou emprego público (celetista) (BRASIL, 2006c, p. 13).

viii) Edição da Portaria nº 1.318/2007-GM/MS que, considerando a aprovação pelas instâncias deliberativas – quais sejam, a Mesa Nacional de Permanente de Negociação do Sistema Único de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde – das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do Sistema Único de Saúde, referidas no *item ‘v’*, publicou, na forma de anexo, as ‘Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Formulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários’. Esta Portaria atribuiu às diretrizes em menção a qualidade de subsidiária técnica à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo recomendada aos gestores que também deveriam respeitar a legislação do ente federativo o qual geriam (BRASIL, 2007d). Em outros termos, estas diretrizes foram construídas para serem utilizadas como referência para a elaboração de planos de carreiras pelos entes nacional e subnacionais, respeitada a

autonomia de cada um para estruturar ou reestruturar seus respectivos planos em atendimento as prioridades, possibilidades e especificidades locais.

ix) Edição da Portaria nº 1.963/2007-GM/MS com a finalidade de instituir a ‘Comissão de Assessoramento aos Órgãos e Instituições Integrantes do Sistema Único de Saúde’ na elaboração ou reformulação dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários. Esta portaria considerou, dentre outros motivos, as dificuldades encontradas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para elaboração dos citados planos, considerando que a implementação indicada proporcionaria novos instrumentos de gestão do trabalho para o Sistema Único de Saúde. A referida comissão recebeu as atribuições de:

- I - acompanhar a aplicação das Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS-SUS);
- II - subsidiar os órgãos e instituições integrantes do SUS que queiram implantar ou reformular Planos de Carreiras, Cargos e Salários;
- III - propor estratégias de divulgação das Diretrizes Nacionais; e,
- IV - propor estratégias para capacitar os gestores na elaboração de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito de suas instituições. (BRASIL, 2007e, artigo 1º, incisos I a IV).

A partir de então, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde passou a conceituar o plano de carreira, cargos e salários do SUS como sendo o “conjunto de princípios e diretrizes que orientam o ingresso e que instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados” (BRASIL, 2012a, p. 25). Ressaltando, ainda, que referido plano constitui um valioso instrumento de gestão da política de pessoal, voltada à valorização e à garantia da construção da dignidade para o trabalhador (BRASIL, 2012a).

Seguindo as diretrizes da Secretaria em menção (2012a), a estrutura organizacional de um plano de carreira⁴¹ aos médicos para atuarem na atenção básica de

⁴¹ Para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ‘carreira’ é o nome atribuído à “trajetória do trabalhador desde o seu ingresso no cargo ou emprego até o seu desligamento (...) é regida por regras específicas de ingresso, desenvolvimento profissional, remuneração e avaliação de desempenho” (BRASIL, 2012a, p. 17)

saúde exige obediência à delimitação do cargo público⁴², bem como o enquadramento⁴³, respeitada a competência profissional⁴⁴, observados os critérios de lotação dos cargos⁴⁵, com a finalidade de atingir a cobertura adequada dentro desta malha de cuidados ininterruptos à saúde⁴⁶.

Dentro deste contexto, a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde perpassa a noção de que o desenvolvimento das atividades laborais de saúde é crucial para a efetividade e eficiência do setor. Neste contexto, o prestador de serviços deve ser compreendido de forma dúplice: como agente transformador do ambiente no qual exerce as ações de saúde e, como sujeito de direitos. As questões pertinentes à percepção do profissional de saúde como agente transformador do sistema sanitário serão aprofundadas na seção seguinte (*capítulo '4'*), ao ser apresentada a forma como os serviços de saúde são oferecidos aos usuários, consistente na Rede de Atenção à Saúde, cuja Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos, dentro desta organização, manifestam-se como alguns dos meios possíveis para a efetivação da cobertura universal de saúde. Já a percepção dos profissionais em saúde como sujeito de direito foi objeto deste capítulo, que apresentou as tentativas de formulação de um plano de carreira, cargos e salários como um requisito básico de valorização profissional e, ao mesmo tempo, de proteção social. Esta análise será aprofundada no *quinto capítulo*, por ocasião da avaliação dos recursos humanos em saúde na área médica da Atenção Básica de Saúde.

Por ora, as medidas até aqui apresentadas revelam que a tentativa de regulamentar o exercício profissional no setor da saúde pública, enquanto um conjunto de diretrizes, padrões ou procedimentos, vem ocorrendo desde o período anterior à promulgação da

⁴² Para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 'cargo público' é entendido como "um conjunto de atribuições, de deveres e de responsabilidade, criado por lei, com denominação própria, em número determinado e vencimento correspondente (...) i) O cargo público é pago pelos cofres públicos e provido por concurso ou processo seletivo público. ii) As atribuições de um cargo público são substancialmente idênticas quanto à natureza das ações, às qualificações exigidas de seus ocupantes e às responsabilidades previstas na estrutura organizacional" (BRASIL, 2012a, p. 17).

⁴³ Segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, entende-se por 'enquadramento' o "ato pelo qual se estabelece a posição do trabalhador em determinado cargo ou emprego, a classe e o padrão de vencimento ou de salário em face da análise de sua situação jurídico-funcional" (BRASIL, 2012a, p. 21)

⁴⁴ De acordo com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 'competência profissional' diz respeito à "capacidade de articular e de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e/ou em um determinado contexto cultural" (BRASIL, 2012a, p. 17).

⁴⁵ Para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a 'lotação de cargos' consiste na "quantidade de servidores necessários em cada cargo" (BRASIL, 2012a, p. 24).

⁴⁶ Para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a 'malha de cuidados ininterruptos à saúde' refere-se à "noção de funcionamento da rede de ações e serviços de saúde organizada pela garantia de acesso e resolutividade às necessidades em saúde..." (BRASIL, 2012a, p. 24).

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, por meio das mais variadas abordagens pelo Poder Público (VIEIRA *et al.*, 2017). Todas estas diligências e propostas formuladoras, porém, não foram implementadas em sua totalidade, limitando-se à edição de uma diretriz a ser seguida pelos entes federados, sem reflexos posteriores na efetivação ou adoção de um modelo padronizado pelas três esferas de governo. Aliás, sequer o ente federal editou uma lei regulamentadora da força de trabalho em saúde, embora tramitem no Poder Legislativo projetos com esta finalidade⁴⁷.

Frente a este contexto, torna-se relevante apresentar as práticas mais recentes efetivamente instituídas no Poder Público com o escopo de atingir a cobertura universal de saúde. Esta análise será realizada observando-se os aspectos da organização do pessoal para o fornecimento dos serviços sanitários, com ênfase para a Atenção Básica de Saúde, e a formação acadêmica destinada a vocacionar os profissionais em saúde para atuarem em sintonia com os preceitos do Sistema Único de Saúde, para fornecerem os serviços de saúde de maneira universalizada, equânime, integral e humanizada. Esta abordagem está contemplada no próximo capítulo.

3.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Esta seção destinou-se a explicitar o objetivo específico apresentado na ‘*alínea c*’ da introdução desta tese ao evidenciar a perenidade da agenda governamental sobre a regulamentação da gestão de recursos humanos em saúde no Brasil pela perspectiva das discussões destinadas a estabelecer diretrizes, estratégias, normas operacionais e ações voltadas a implementar uma força de trabalho em saúde pelo Poder Público. Também respondeu à questão de pesquisa de número ‘3’, contida na introdução desta tese ao aprofundar a reconstituição histórica e analítica do processo de estruturação dos recursos humanos em saúde, enfatizando-se as estratégias e diretrizes defendidas pelo Poder Público, bem como os procedimentos normatizados relativos à organização da força de

⁴⁷ Sobre o tema vide, a título de exemplo, a Proposta de Emenda à Constituição sob nº 454/2009, apresentada perante a Câmara dos Deputados, em 16 de dezembro de 2009, pelos Deputados Ronaldo Ramos Caiado e Eleuses Paiva, ambos afiliados ao Partido Democratas (DEM), que visa acrescer o artigo 197-A à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, para estabelecer as diretrizes para a organização da carreira de médico de Estado. Esta proposta foi admitida pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) e encontra-se sujeita à apreciação do Plenário da Câmara dos Deputados, conforme informação sobre a tramitação disponibilizada no site institucional <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=464909>>, com última consulta realizada em 14 nov. 2017 (BRASIL, 2009a; 2011c; 2013b).

trabalho em saúde, além das tentativas de formular um plano de carreira, cargos e salários aplicável ao setor.

As estratégias e diretrizes sobre recursos humanos, discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde e apresentadas na *subseção* '3.1', permitem inferir que universalização dos serviços de saúde perpassa o gerenciamento da força de trabalho em saúde como elemento essencial ao atingimento dos objetivos do Estado. A compreensão tangenciada ao longo destes fóruns caracteriza o trabalhador em saúde como o elo viabilizador e implementador das ações, dos projetos, programas e estratégias concebidos pelo Poder Público para o fornecimento dos serviços de saúde.

Na subseção '3.2' apresentou-se as estratégias e diretrizes voltadas a desprecarizar o ambiente de trabalho em saúde; as práticas implementadas para padronizar os procedimentos aplicáveis ao setor por meio da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para a Saúde; bem como, as deliberações voltadas a instituir ou padronizar um modelo de plano de carreira, cargos e salários para o setor. Nestes conclave específicos as tentativas de resolução dos problemas de gestão de pessoal inclinam-se fortemente para a necessidade de instituir um plano de carreira, cargos e salários aos profissionais da área da saúde, caracterizado como elemento fundamental à solução dos vazios assistenciais sanitários, pois o modelo de atenção adotado pelo Sistema Único de Saúde depende da adesão profissional e da existência de ambientes adequados ao desenvolvimento do trabalho.

Os mecanismos de articulação política mencionados neste capítulo, aliados à conjuntura econômica e social, não foram capazes de superar os obstáculos pertinentes à instituição de um corpo de trabalho em saúde, inclusive no que tange à formação de um modelo padronizado de plano de carreiras, cargos e salários aos profissionais que compõem o setor. Os avanços atingidos sequer permitiram compor um departamento de recursos humanos apto a atender as necessidades sociais e realizar a cobertura universal de saúde.

O estudo apresentado permite inferir quatro conclusões: *i)* os programas instituídos para interiorizar os serviços de saúde, inclusive os serviços médicos – Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que vigoraram durante o regime da ditadura e antes da criação do Sistema Único de Saúde; o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que sequer entrou em vigor; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde; o Programa de Interiorização do Trabalho em

Saúde; e o Programa de Serviço Civil Profissional em Saúde, os quais vigeram sob a égide do Sistema Único de Saúde e durante o regime democrático pleno⁴⁸ –, não se sustentaram ao longo do tempo ante a influência gerada pelos processos eleitorais atrelados aos fatores socioeconômicos que geraram a descontinuidade destes planos de ações; *ii*) a perenidade, a amplitude e a complexidade dos temas que compõem a agenda governamental de saúde ultrapassa a questão do quantitativo médico disponível para atendimento à sociedade por meio da Atenção Básica de Saúde, mas exige respostas aos critérios gerenciais de recursos humanos para o setor; *iii*) dentre as diferentes pautas defendidas nos fóruns mencionados, a formulação de um plano de carreiras, cargos e salários no âmbito das três esferas de governo do Sistema Único de Saúde constitui tema recorrente entre os agentes políticos, notadamente nos últimos anos, como meio indispensável à composição de um departamento de pessoal capaz de fornecer os serviços públicos de saúde de forma universalizada; e *iv*) a instituição de referido plano de carreiras possui respaldo legal, previsto na Lei nº 8.142/1990, embora não tenha sido efetivamente formulado.

Diante da conjuntura apresentada, a formulação e implementação de um mecanismo de gestão de pessoal para a saúde pública nacional caracteriza-se como um desafio difícil de ser alcançado. Vigora neste ambiente a primazia da desregulamentação ou da regulamentação precária, notadamente porque as ações políticas mais recentes estão preocupadas com a estrutura organizacional de uma rede de atenção e com o aumento do quantitativo de profissionais, especialmente na área médica. Esta preocupação recente será apreciada no próximo capítulo, com ênfase para os aspectos organizacionais e educacionais referentes à formação dos recursos humanos em saúde para suprir as necessidades do setor.

⁴⁸ Foge ao propósito desta tese apresentar uma análise aprofundada sobre o processo de formulação e implementação de cada um destes Programas. Desta feita, optou-se apenas por identificá-los em suas linhas gerais, deixando-se para analisar, no capítulo seguinte (item '4.2.2'), com mais profundidade somente o Programa Mais Médicos, considerado o mais recente programa voltado à ampliação do quantitativo médico e à interiorização dos serviços de saúde. A relevância deste Programa como mecanismo para o enfrentamento da má distribuição dos médicos no país será explorado no capítulo 5, mediante a construção de indicadores capazes de evidenciar a realidade dos recursos humanos na área médica da Atenção Básica de Saúde.

4 A COMPOSIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SETOR

O *capítulo '2'* evidenciou como se deu a guinada de paradigma da saúde pública brasileira ao perfilhar a compreensão global preconizada pela Organização Mundial da Saúde sobre a cobertura universal e adotar a concepção ampliada de saúde. Os serviços de saúde, a partir de 1988, passaram a ser fornecidos dentro de uma rede complexa e extensa, seguindo uma proposta de práticas interdisciplinares, contraposta aos modelos excludentes e amparados pelos princípios fundamentais que passaram a reger a Atenção Básica de Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade.

A efetivação destes preceitos tornou-se atribuição do Sistema Único de Saúde, concebido como o meio instrumental apto à realização da cobertura universal de saúde e o ordenador na formação dos recursos humanos para a saúde por força de sua Lei Orgânica (BRASIL, 1990a). A forma de realização de suas incumbências foi colocada em discussão nos mais variados fóruns, como abordado na seção antecedente (*capítulo '3'*), o qual se debruçou sobre a perenidade da agenda governamental de saúde em relação aos discursos políticos destinados a identificar problemas e proposições de alternativas relativas à gestão dos recursos humanos em saúde.

Nesta seção, segue-se a perspectiva normativa para descrever como os recursos humanos em saúde integram a estrutura organizacional da saúde pública nacional e qual o ensino transmitido a esta força de trabalho para integrar o setor, notadamente a Atenção Básica de Saúde, com ênfase sobre os profissionais médicos, a Estratégia Saúde da Família e os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. A *subseção '4.1'* visa explicitar como este conjunto de trabalhadores efetivamente integra a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde, ante a ausência de um modelo de contratação único aplicável ao setor, mencionada no item antecedente. A *subseção '4.2'* destina-se a analisar como se dá a formação do pessoal de saúde para atender aos preceitos institucionais do Sistema Único de Saúde. Por fim, a *subseção '4.3'*, revela as proporções médicas perseguidas pelo Estado brasileiro para prover o estoque de profissionais médicos em todas as esferas de saúde nacional e para atender especificamente a Atenção Básica de Saúde.

Estritamente, objetiva-se: *i*) evidenciar a inserção dos recursos humanos dentro da estrutura organizacional da Atenção Básica de Saúde; e *ii*) demonstrar a reestruturação das bases educacionais de nível superior em saúde com a finalidade de alinhá-las aos princípios e diretrizes orientadores da saúde pública, ambos com ênfase sobre os médicos. O objetivo é explicitar a dificuldade de universalizar os serviços públicos de Atenção Básica de Saúde pela perspectiva da ausência de critérios objetivos aplicáveis a todo o território nacional para a gestão de pessoal.

Por contemplar critérios práticos, esta exposição perpassa alguns dos processos formuladores e implementadores de políticas, programas e ações sanitárias. Dentro deste contexto, enfatiza-se a Estratégia Saúde da Família, considerada a força motriz destinada a fornecer os primeiros serviços de saúde à população de forma universalizada, bem como o Programa Mais Médicos, voltado a reestruturar a grade curricular do curso de graduação em medicina com vistas à integralização dos serviços de saúde. Este estudo oferecerá suporte à compreensão dos indicadores pertinentes à composição dos recursos humanos em saúde na área médica para prover a Atenção Básica de Saúde a ser apreciado na próxima seção (*‘capítulo 5’*).

4.1 A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

O atual sistema de saúde brasileiro tem suas bases doutrinárias estabelecidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, considerada não só um dos documentos mais avançados, abrangentes e pormenorizados sobre saúde pública de caráter universal no mundo, como também uma referência internacional pela Organização das Nações Unidas (ONU) (MENDES, 2013; GRAGNOLATI, LINDELOW, COUTTOLENC, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014). Mas, conforme abordado no *capítulo ‘2’*, o estabelecimento deste novo paradigma de universalização do acesso aos serviços de saúde apenas ampliou normativamente a atuação do Estado brasileiro neste setor, elevando a saúde ao patamar de direito de todos e dever do Estado a ser implementado por intermédio do Sistema Único de Saúde, sem haver uma efetiva concretização.

É essa incapacidade de materializar os pressupostos constitucionais que gera os recorrentes processos de reestruturação das políticas públicas de saúde, como um método tendente a realinhar as práticas organizacionais para atingir o escopo positivado normativamente. Isto pode ser compreendido, seguindo o viés constitucional sociológico

de Lassale (2001), como uma forma de gerar o equilíbrio entre a constituição real e a escrita e, conseqüentemente, atribuir estabilidade política ao país por respeitar sua força vital⁴⁹. Esta interpretação pode ser utilizada para justificar as razões pelas quais o Sistema Único de Saúde, desde sua instituição, vem passando por inúmeras readequações organizacionais para concretizar o objetivo para o qual foi constituído, no sentido de harmonizar a realidade social com o direito posto.

Neste ponto, torna-se possível cotejar as orientações sanitárias de âmbito global, da Organização Mundial da Saúde, e as práticas realizadas no ambiente doméstico brasileiro, pois ambas primam pelos mesmos ideais. Primeiro, porque a concepção da ‘Atenção Primária à Saúde’, pela perspectiva de uma organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida, é usualmente atribuída ao Relatório Dawson (1920). Esta concepção foi difundida pela Declaração de Alma-Ata (1978), classificando-a como os cuidados essenciais de saúde, caracterizados como o primeiro nível de contato entre o usuário e o sistema de saúde, cujos serviços seriam fornecidos universalmente a todos os indivíduos, por meio de métodos e tecnologias práticas cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis. Segundo, porque o Brasil segue esta vertente, utilizando-se de um termo análogo, qual seja, a ‘Atenção Básica de Saúde’, que sustenta a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a; 2011a; 2011d).

Em que pese não haver consenso sobre o significado de ambos os termos – ‘Atenção Primária de Saúde’ e ‘Atenção Básica de Saúde’ –, no presente estudo, estes serão interpretados como sinônimos. Os dois pressupõem a cobertura universal de saúde, a ser atingida por intermédio de um sistema apto a implementá-la, de forma integrada e referenciada, desvencilhando-se de modelos reducionistas voltados à atenção individual e seletiva (STARFIELD, 2002; NARVAL, 2005; GIL, 2006; LAVRAS, 2011; GIOVANELLA, 2015).

⁴⁹ Para Lassale os fatores reais do poder conferem a força ativa que fundamenta uma Constituição e regem uma sociedade. Nas palavras deste autor: “os *fatores reais do poder* que atuam no seio de cada sociedade são essa força ativa e eficaz que informa todas as leis e instituições jurídicas vigentes, determinando que não possam ser, em substância, a não ser tal como elas são (LASSALE, 2001, p. 10 – destaque no original). Desta forma, “também o povo, nós todos, somos uma parte integrante da Constituição”. (LASSALE, 2001, p. 17 – destaque no original). O autor arremata: “Juntam-se esses *fatores reais* do poder, os escrevemos em uma folha de papel e eles adquirem expressão *escrita*. A partir desse momento, incorporados a um papel, não são simples *fatores reais do poder*, mas sim verdadeiro direito – instituições *jurídicas*. Quem atentar contra eles atenta contra a lei e por conseguinte é punido. Ninguém desconhece o processo que se segue para transformar esses escritos em fatores *reais* do poder, transformando-os dessa maneira em fatores *jurídicos*” (LASSALE, 2001, ps. 17-18).

Portanto, a ‘*Atenção Primária de Saúde*’ ou a ‘*Atenção Básica de Saúde*’, no plano nacional brasileiro, refere-se a ações desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos serviços de saúde, junto às Unidades Básicas Saúde (UBS), reconhecidas como a unidade fundamental do Sistema Único de Saúde, segundo os níveis de atenção⁵⁰. Esta disposição organizacional do fornecimento dos serviços públicos de saúde permitiu racionalizar as atribuições conferidas a cada esfera de competência administrativa do Estado ao estruturar esquematicamente um fluxo a ser seguido no interior do sistema, cujas ações e serviços devem estar em sintonia com as diretrizes estabelecidas constitucionalmente, além de obedecerem aos princípios e diretrizes organizacionais legalmente estabelecidos para o Sistema Único de Saúde⁵¹.

Por isso, a ‘*Atenção à Saúde*’ é compreendida doutrinariamente como a estruturação estratégica do sistema e das práticas de saúde, de modo a satisfazer às necessidades primárias da população, expressando-se por meio de políticas, programas e projetos de saúde (MATTA, MOROSINI, 2008a; HOWLETT, RAMESH, PERL, 2009; FREITAS, 2010). A ‘*Atenção à Saúde*’, neste contexto, refere-se à cisão histórica ocorrida entre “as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos,

⁵⁰ Este, inclusive, é o entendimento corroborado na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, ao dispor em seu artigo 1º, parágrafo único, que “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (BRASIL, 2017d, artigo 1º, parágrafo único).

⁵¹ “As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: *I* - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; *II* - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; *III* - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; *IV* - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; *V* - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; *VI* - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; *VII* - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; *VIII* - participação da comunidade; *IX* - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: *a*) ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios; *b*) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; *X* - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; *XI* - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; *XII* - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e *XIII* - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. *XIV* – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013”. (BRASIL, 1990a, artigo 7º).

típico da saúde pública” (MATTA; MORISINI, 2008a, p. 39). Esta evolução revela a transição dos modelos sanitários sedimentados na adstrição de clientela até o modelo atual de cobertura universal de saúde, abordado na *subseção* ‘2.2’.

Logo, a compreensão do termo ‘*Atenção à Saúde*’, dentro da conjuntura nacional brasileira, remete aos processos históricos, políticos e culturais (LIMA *et al.*, 2005), bem como exprime a própria concepção ampliada de saúde, além de revelar, segundo Matta e Morosini (2008, p. 39) objetos e objetivos das ações e serviços a cargo do Sistema Único de Saúde, bem como estabelecer “o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos”. Consequentemente, a organização da ‘*Atenção à Saúde*’ se apresenta de maneira hierarquizada, segundo níveis crescentes de complexidade, quais sejam: níveis primário, secundário e terciário de atenção, em consonância com o grau de complexidade tecnológica a ser dispensada no procedimento aplicado ao tempo do atendimento do usuário.

A lógica em referência permite inferir que os discursos teóricos sobre o tema refletem os critérios normativos explicitados pela Lei nº 8.080/1990 e pelo Decreto nº 7.508/2011 que a regulamenta. Para tais normas, a regra aplicável à estruturação organizacional dos serviços de saúde oferecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde encontra-se disposta dentro de uma *Rede de Atenção à Saúde*⁵², caracterizada como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011d, artigo 2º, inciso VI), com o objetivo de “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010a, Anexo I, item 2).

Doutrinariamente, compreende-se que a hierarquização dos serviços de saúde pode ser representada pela figura de uma pirâmide. Na base posiciona-se a porta de entrada para o sistema, mediante o oferecimento dos serviços de menor complexidade e maior frequência. “No meio da pirâmide, estão os serviços de complexidade média e alta, aos quais o acesso se dá por encaminhamento e, finalmente, no topo, estão os serviços de alta complexidade, fortemente especializados” (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 42). Esta

⁵² A questão da rede de atenção à saúde será retomada e aprofundada no próximo tópico (*item* ‘4.1.1’).

disposição de complexidade crescente dos serviços de saúde tem na base a rede básica e, no topo, o hospital, cuja circulação dos usuários se dá em conformidade com os mecanismos formais de referência e contrarreferência (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O desenho eleito confere à Atenção Básica de Saúde um amplo campo de atuação, desde que se utilize de tecnologia simples e de baixa complexidade a serem executadas em observância aos programas de saúde, os quais constituem uma parcela das ações de saúde executadas pelas instituições, unidades e profissionais vinculados ao setor. Sobre este aspecto, a Secretaria Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, assegura que “os programas de Saúde são eficientes para a população-alvo somente quando as normas nacionais e estaduais respeitam as condições sociais, epidemiológicas, institucionais e culturais existentes” (BRASIL, 1990c, p. 10), considerando-se as peculiaridades em nível regional ou microrregional. É com base nesta conjuntura que se estabelece a Estratégia Saúde da Família.

4.1.1 A Estratégia Saúde da Família

A reestruturação da Atenção Básica de Saúde, de uma maneira mais uniforme, ocorreu a partir da década de 1990, com a repartição de muitas atribuições originariamente a cargo do ente federal com os demais entes subnacionais, especialmente os Municípios, mantendo-se a competência do Ministério da Saúde em normatizar e financiar, ao menos parcialmente, inúmeras das ações a serem implementadas nas demais esferas do Estado. Isto, inclusive, deflui das diretrizes traçadas pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, mencionada na *subseção* ‘3.1’, cujo objetivo era alterar o modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, para priorizar ações de proteção e promoção da saúde de forma integral e contínua mediante o contato mais próximo com o usuário a ser realizado pelas equipes de Saúde da Família e pelos Agentes Comunitários de Saúde, sob a gestão dos Municípios (BRASIL, 1994b).

O Programa de Saúde da Família (PSF) originou-se no ano de 1994, dentro de um contexto de avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 1991. Por isso, o primeiro documento oficial sobre o Programa de Saúde da Família o vincula ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Mas, a instituição e regulamentação de ambos ocorreram somente no ano de 1997, quando foram aprovadas suas normas e diretrizes,

por meio da Portaria nº 1.886/1997-GM/MS (BRASIL, 1994b; 1997a). Desde esta Portaria já restou evidenciada a obrigatoriedade de um profissional médico para compor a equipe de saúde da família (BRASIL, 1997a, Anexo 2, item 11.2).

Para Silva e Rodrigues (2000), esta reestruturação sobre o modo de prestar os serviços de saúde na Atenção Básica aconteceu dentro de um contexto descentralizador das atribuições afetas ao Ministério da Saúde, reconhecido como um processo de municipalização, regionalização ou ‘territorialização’ das ações de saúde. Esta municipalização é explicitada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo 198, como um modelo de gestão descentralizado, estruturado em uma rede regionalizada e hierarquizada, na busca pela atenção integral e com ênfase na participação da comunidade (BRASIL, 1988a). Portanto, os documentos oficiais expedidos pelo Ministério da Saúde sobre a descentralização dos serviços de saúde, com a atribuição da competência para fornecê-los no âmbito da Atenção Básica aos Municípios, podem ser entendidos como um detalhamento dos dispositivos constitucionais para atingir a cobertura universal de saúde, caracterizados como um reflexo das manifestações encartadas nas 8ª e 9ª Conferências Nacionais de Saúde, bem como nas duas primeiras Conferências de Recursos Humanos para a Saúde.

Os pressupostos da Estratégia Saúde da Família reorientaram o modelo assistencial de saúde vigente no país, os quais se cingem, resumidamente, a: promoção e proteção do nível primário de atenção à saúde de forma integral e permanente; área de abrangência definida, com adscrição de clientela; equipes com composição multidisciplinar, vinculada ao nível local do Sistema Único de Saúde, assegurada a referência e a contrarreferência; residência dos profissionais que atuam nas equipes na localidade de atuação; participação comunitária mediante ações educativas e promovedoras da saúde; integração ao sistema local de saúde; impacto sobre a formação de recursos humanos, em observância aos princípios e diretrizes orientadores do Sistema Único de Saúde; remuneração diferenciada e estímulo ao controle social por intermédio dos Conselhos da Saúde e da comunidade atendida. Adite-se que o processo de adesão à Estratégia Saúde da Família perpassa a formalização de um convênio de adesão, entre o Ministério da Saúde e os Municípios. Estes últimos devem formalizar um compromisso de cofinanciamento da Estratégia, estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência, bem como garantir treinamento e educação continuada, além de supervisionar e dotar o espaço destinado ao fornecimento dos serviços de recursos

materiais. A admissão de recursos humanos também é afeta à competência dos Municípios, aos quais compete definir o processo de recrutamento e seleção dos profissionais (BRASIL, 1994a).

O segundo documento oficial sobre o tema, denominado: ‘*Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*’, foi lançado pelo Ministério da Saúde, também no ano de 1997, com a finalidade de reconhecer o êxito obtido com o Programa Saúde da Família e transformá-lo em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. No ano seguinte, com a edição da Portaria nº 3.925/1998-GM/MS, voltada a aprovar o ‘*Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema de Saúde*’, a Estratégia de Saúde da Família tornou-se o principal caminho para implementar a Atenção Básica, organizada de forma a cumprir os preceitos do Sistema Único de Saúde⁵³.

A partir destes preceitos, o foco de abordagem sanitária centrou-se na família e na participação social. Os atendimentos na Atenção Básica de Saúde passaram a ser prestados por equipes interdisciplinares, em território definido e com adscrição de clientela, exigindo-se a corresponsabilização entre os profissionais e os usuários. Este novo modelo foi reforçado pela 10ª Conferência Nacional de Saúde e adotado com a finalidade de atingir a integralidade no atendimento de forma intersetorial e sob a coordenação da gestão municipal (BRASIL, 1997b; 1998b).

Novos impulsos voltados a superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, sobre a perspectiva da estrutura organizacional para o fornecimento dos serviços de saúde pública foram adotados a partir do ano de 2006, por intermédio do Pacto pela Saúde explicitado na Portaria nº 399/2006-GM/MS, que contempla três dimensões: o pacto pela vida, o pacto em defesa do Sistema Único de Saúde e o pacto de gestão. Este documento representou mudanças significativas para a execução dos objetivos do Sistema Único de Saúde ao organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, atrelada ao reconhecimento da autonomia dos entes federados. Os desafios a serem superados por intermédio deste pacto destinavam-se a promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, com a finalidade de alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade dos serviços prestados. A partir de então, os Municípios se tornaram, de fato, os principais responsáveis pela saúde pública da população sediada em seu perímetro (BRASIL, 2006a; 2006b).

⁵³ A Portaria nº 3.925/1998-GM/MS conceitua a atenção básica como sendo “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 1998b, p. 09).

Em decorrência desta reestruturação dos rumos do Sistema Único de Saúde, sedimentou-se que os serviços prestados neste setor atuariam de forma referenciada e contrarreferenciada. A porta de entrada do sistema de saúde tornou-se, preferencialmente, os postos de saúde, os centros de saúde, as unidades de saúde da família, caracterizados pela Atenção Básica, prestadora do primeiro atendimento com a capacidade de encaminhar, isto é, referenciar o usuário aos demais serviços de maior complexidade da saúde pública, tais como os hospitais e as clínicas especializadas (BRASIL, 2006a).

Desde então, tornou-se recorrente a afirmação do Ministério da Saúde de que “a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde” (BRASIL, 2006a, p. 18), lugar em que a população tem acesso às especialidades básicas, quais sejam: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia, entre outros. Este percentual de resolutividade dos problemas de saúde aponta a relevância em encontrar métodos hábeis para suprir a demanda por recursos humanos deste setor, especialmente considerando-se elementos como a estabilidade e a continuidade dos serviços públicos.

Por conseguinte, editou-se a Portaria nº 648/2006-GM/MS que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este ato estabeleceu a Estratégia da Saúde da Família como o elemento prioritário para organizar o fornecimento dos serviços de saúde de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A partir de então, seguindo as diretrizes lançadas pela 11ª, 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde, bem como pela 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Atenção Básica passa a ser compreendida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006f, Dos Princípios Gerais).

Posteriormente, sobreveio a Portaria nº 2.488/2011-MS que não só revogou a Portaria nº 648/2006-MS, como também ampliou o seu escopo, ao erigir o Programa Saúde da Família ao patamar de Estratégia de Saúde da Família. A Portaria 2.488/2011-MS, além de repetir a redação da Portaria anterior, também inclui em seu escopo a busca pela redução de danos. O objetivo deste conjunto de ações é “desenvolver uma atenção

integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2011a, Anexo I).

Este instrumento determina que a Atenção Básica de saúde seja desenvolvida mediante o “exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2011a, Anexo I). Além disso, os serviços devem atender às demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes identificadas em espaço geográfico determinado, observados critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, entre outros, tudo dentro do “mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas” (BRASIL, 2011a, Anexo I). Isto se deve ao fato de a Atenção Básica ser erigida à condição de “contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde”, orientando-se “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, com a finalidade de produzir a atenção integral, cuja Estratégia Saúde da Família constitui o elemento prioritário para a expansão e consolidação deste setor (BRASIL, 2011a, Anexo I).

A Portaria nº 2.488/2011-GM/MS ainda apresenta, em seu Anexo I, as disposições gerais sobre a estrutura organizativa dos profissionais de saúde perante à Atenção Básica de Saúde. Também estabelece uma composição multiprofissional⁵⁴ para as equipes de Saúde da Família (eSF)⁵⁵ (BRASIL, 2011a).

Diante desta evolução, é possível afirmar que a Estratégia Saúde da Família se caracteriza, desde seu nascedouro, como um plano de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica de Saúde ao pretender reorientar e reverter o modelo

⁵⁴ O artigo 1º, incisos I e II, da Portaria nº 958/2016-GM/MS, que altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/2011-GM/MS, para ampliar a composição da equipe multiprofissional de Atenção Básica, dispõe que esta deve contemplar, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e/ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, os profissionais da saúde bucal – cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2016b).

⁵⁵ A Portaria nº 2.488/2011-MS confere para as equipes de Saúde da Família a sigla “ESF”, com todas as letras maiúsculas. Todavia, os demais comunicados o Ministério da Saúde traça uma distinção entre a sigla referente à Estratégia Saúde da Família (ESF) – com todas as letras maiúsculas –, daquela pertinente às equipes que a compõe, denominadas as equipes de Saúde da Família (eSF), sendo esta última identificada pelo “e” minúsculo (BRASIL, 2011a; 2016c).

assistencial, no qual predominava o atendimento emergencial, para aderir a uma metodologia voltada à promoção, prevenção e reabilitação da saúde (DA ROS, 2006; BRASIL, 2016d). Tanto é assim que a Portaria nº 4.279/2010-GM/MS, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, erige a Estratégia Saúde da Família ao patamar de principal modelo para a organização da Atenção Básica de Saúde, exigindo-a como pré-requisito para o estabelecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010a).

A Rede de Atenção à Saúde, por seu turno, “é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 89). Seu objetivo “é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica” (BRASIL, 2010a, p. 89).

A prestação de serviços orientados em rede e o fortalecimento das linhas de atuação consolidadas da Estratégia Saúde da Família tornaram-se a primeira diretriz apresentada no Plano Nacional de Saúde (PNS) para o quadriênio 2012-2015, com o objetivo de garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado (BRASIL, 2011e). A partir do ano de 2012, a Estratégia Saúde da Família solidificou seu viés instrumental, destinado a expandir a Atenção Básica de Saúde, por meio dos impulsos trazidos pela 14ª Conferência Nacional de Saúde, pois neste conclave, determinou-se expressamente, em sua 8ª Diretriz, que “todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de saúde da família” (BRASIL, 2012c, p. 52).

A Estratégia Saúde da Família ao reorientar o modelo assistencial da saúde pública brasileira, mediante a implantação de um método operacional de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde, também estabeleceu critérios geográfico e populacional para fixar o quantitativo médico capaz de prestar o atendimento universalizado (RODRIGUES *et al.*, 2013). Para tanto, define uma equipe mínima e uma lógica a ser desenvolvida no processo de trabalho em saúde ao afirmar que cada equipe de Saúde da Família deve estar apta a atender “no máximo 4.000 pessoas, sendo a média

recomendada de 3.000 pessoas” (BRASIL, 2011a, Anexo I, Especificidades da equipe de saúde da família, ‘III’). Porém, ressalva que devem ser respeitados os critérios de equidade para esta definição, bem como recomenda que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias de cada território. Além disso, exige a exclusividade no cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma equipe, com exceção do profissional médico que poderá atuar em, no máximo, duas equipes, totalizando a carga horária de quarenta horas (40h) semanais (BRASIL, 2011a, Anexo I, Especificidades da equipe de saúde da família, ‘V’).

Estabelecido este organograma, passaram a ser oferecidas propostas de atenção dirigidas a grupos específicos, também compreendidas como políticas voltadas à atenção à saúde por ciclo de vida, a exemplo da atenção à saúde do idoso⁵⁶; da criança e do adolescente⁵⁷; à reprodução humana assistida⁵⁸; a portadores de doenças específicas, como a atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus⁵⁹, hanseníase⁶⁰, entre outras, além das atenções à saúde que observam a questão de gênero, tais como a saúde da mulher (BRASIL, 2004d); do homem⁶¹; da população negra⁶²; de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais⁶³.

Para Schulze e Gebran Neto (2015), organizar o fornecimento dos serviços de saúde pública segundo critérios de protocolos técnico-científicos, vinculado a grupos específicos de tratamento, pode ser compreendido como uma metodologia hábil para atingir maior sucesso nos serviços prestados, com menor custo e melhor especialidade no atendimento. É justamente esta a intenção da Atenção Básica de Saúde que reiteradamente vem sendo reestruturada organizacionalmente para ampliar o âmbito de acesso aos serviços de saúde, integrando em seu contexto ações preventivas e curativas

⁵⁶ A Lei nº 8.842/1994 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e a Portaria nº 2.528/2006-GM/MS aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 1994c; 2006g).

⁵⁷ A Portaria nº 1.130/2015-GM/MS institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015a).

⁵⁸ A Portaria nº 426-2005GM/MS institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências (BRASIL, 2005e).

⁵⁹ A Portaria nº 371/2002-GM/MS institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002b)

⁶⁰ A Portaria nº 3.125/2010-GM/MS aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. (BRASIL, 2010b)

⁶¹ A Portaria nº 1.944/2009-GM/MS institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009b)

⁶² A Portaria nº 992/2009-GM/MS institui a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (BRASIL, 2009c).

⁶³ A Portaria nº 2.836/2011-GM/MS institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) (BRASIL, 2011f).

com a finalidade de responder, de forma contínua e sistematizada, a maioria das necessidades de saúde da população.

Todos estes artifícios para reorganizar a estrutura administrativa no setor da saúde visam ampliar a cobertura populacional e integrar os cuidados em saúde dentro de uma cadeia progressiva das ações e serviços de diferentes resolutividades, integradas de maneira complementar entre si (BRASIL, 2012a, p. 16). E, dentro deste contexto, a Estratégia Saúde da Família ultrapassou a noção de mecanismo prioritário para a expansão e consolidação da Atenção Básica de Saúde, para tornar-se o elo deste nível com os demais níveis de serviços de saúde, consistentes na média e na alta complexidade.

Mesmo com todo o prestígio alcançado, o próprio Ministério da Saúde, por meio de estudo avaliativo sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, realizado em duas edições – a primeira publicada em 2002 e a segunda no ano de 2005 –, aponta o excesso de rotatividade ou a não fixação dos profissionais nas equipes de Saúde da Família como sendo um fator de não sustentabilidade do programa (BRASIL, 2002c; 2005f).

De outro vértice, Rosa e Labate (2005) sustentam que a ordem política se apresenta como fator contributivo para a insuficiência e rotatividade dos profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família e seu conseqüente desmantelamento. Estas autoras apontam que a troca quadrienal de governantes, em razão do processo eleitoral, enfraquece a Estratégia, porque a política municipal parece não reconhecer “os princípios norteadores do PSF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o PSF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitorais” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1.033). Concluem que a influência das práticas reiteradas na arena política gera o comprometimento das atividades a serem implementadas no âmbito da saúde, ao refletir na troca excessiva de membros das equipes de Saúde da Família por motivos políticos, impossibilitando o estabelecimento de vínculos e o avanço das ações de saúde, situações que causam a quebra do sincronismo nas relações a serem estabelecidas entre a equipe, a família e a comunidade.

Esta influência do sistema eleitoral foi reconhecida explicitamente durante a 11^a Conferência Nacional de Saúde não só sobre a Estratégia Saúde da Família, como também em relação aos Agentes Comunitários de Saúde. Neste evento, considerou-se que, embora referidos mecanismos tenham aptidão de estruturar o sistema sanitário, a interferência

política sobre tais estratégias, se não obstada, terá o potencial de colapsar a Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2001)⁶⁴.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), ao se manifestar sobre os pontos fracos identificados na Estratégia Saúde da Família, é enfático ao afirmar que o mais importante dos desafios a serem superados diz respeito ao componente estrutural da Estratégia, consistente nos recursos humanos. Afirma que, na prática, “o nó crítico mais citado pelos gestores é a falta de médicos de família e comunidade com perfil e capacidade técnica e em quantidade suficiente para atender o processo de expansão em curso” (BRASIL, 2011g, p. 23). Considera que a solução para o problema evidenciado perpassa a valorização do espaço destinado à Atenção Básica de Saúde e os critérios de reconhecimento social dos profissionais atuantes no setor, além do fornecimento de

⁶⁴ Pela força das palavras lançadas no citado fórum sobre referido tema, cabe aqui sua reprodução:

“Em relação ao PACS e PSF, entendem os participantes da 11ª CNS que esses programas correm o risco de se tornarem sobreposições de exercício do serviço de atenção básica. São programas que trouxeram para o SUS demandas epidemiológicas, sanitárias e ambientais sem encontrar a contrapartida da integralidade e da resolutividade. A maioria deles ainda não está integrada a um sistema de referência para ações de maior complexidade. O PACS e o PSF, em si, não são suficientes para garantir a própria atenção básica e podem se tornar um engodo, no sentido de manter um modelo de saúde pobre para os pobres, tornando-se bandeira de governos que simplificam o modelo assistencial, apresentando-os como panaceia que solucionará todos os problemas de saúde. A questão da gestão do trabalho nesses programas é bastante destacada: agentes sem garantia de contratos/concursos; dificuldades na elaboração de concursos, que podem não contemplar a realidade; remuneração diferenciada dos profissionais, que no PSF ganham até quatro vezes mais que os profissionais da rede, o que tem desestimulado estes últimos e causado problemas no atendimento e na humanização do atendimento nas unidades de saúde.

Muitas questões foram levantadas sobre a forma heterogênea com que o PSF tem sido implantado nas diversas regiões do Brasil: salários diferentes, jornadas de trabalho diversas, composição das equipes (ora com enfermeiras, ora sem, com equipes multidisciplinares e diferentes especialidades ou dentro de um modelo conservador que não contempla as necessidades e padrão de demanda de populações de cidades médias e grandes). Entendem que, em muitos locais, não se implantou o PSF como preconizado, apenas se encontrou uma forma de pagar de modo diferenciado aos médicos, que não aceitam os salários que a maioria dos servidores municipais recebe. Mas eles não residem nas localidades, não cumprem as oito horas de expediente e não são capacitados para atender a todas as especialidades básicas. Em algumas regiões, identifica-se o não cumprimento, pelos médicos, dos seus papéis frente às famílias por falta de formação em Saúde Pública, até porque não permanecem nos municípios por tempo suficiente para receber treinamento adequado.

Reconhecem a existência de muitos municípios que se valem da implantação do PSF/PACS para orientar a organização do Sistema, criando sua porta de entrada. Nesses municípios, as equipes de PSF têm sido um aliado importante dos usuários na busca da garantia do acesso à atenção secundária e terciária. Quando o programa se implanta efetivamente, deixa de ser necessária a intermediação pelos políticos ou cabos eleitorais no acesso a consultas, exames ou tratamentos mais complexos. A interferência político-partidária é denunciada: compromete a continuidade dos serviços prestados e opera transformando os agentes de saúde e mesmo as equipes de PSF em cabos eleitorais, que quando se recusam a esse papel são demitidos, o que também ocorre quando o partido perde a eleição. Quando esses fatos são denunciados, não são tomadas medidas nem pelo Ministério da Saúde nem pelas Secretarias de Saúde, porque muitas vezes são seus aliados políticos que agem dessa forma.

Considerado como modelo de atenção prioritário, com potencial para reorientar o modelo de atenção vigente desde que tenha equipe multiprofissional competente, o PSF é também percebido como medida meramente paliativa, que não assegura a integralidade da atenção à saúde. Está sendo desvirtuado, na medida em que se mantém assistencialista, esquecendo a promoção e a prevenção, embora tenha a potencialidade de se transformar num modelo ideal”. (BRASIL, 2001, ps. 32-34).

educação permanente, da melhoria da infraestrutura das unidades, entre outros. Ressalta, por fim, que deve se “atentar para as formas de contratação que garantam a perenidade dos profissionais da APS, com adoção de planos de carreira e remuneração adequados para todos os profissionais da ESF, respeitando os arranjos locais garantidos em lei” (BRASIL, 2011g, p. 24).

Portanto, explicitada a estrutura organizacional da Atenção Básica de Saúde que desde o ano de 2006 passou a ser gerida preferencialmente pelos Municípios, com ênfase sobre as práticas preconizadas pela Estratégia Saúde da Família, bem como apresentados os principais desafios presentes dentro deste setor para se atingir a integralidade de acesso aos serviços de saúde pela população, torna-se adequado seguir adiante para explicitar como os recursos humanos em saúde passaram a ser compreendidos, com a finalidade de superar a precariedade identificada neste setor. Este tema será objeto do próximo subitem.

4.1.2 A força de trabalho que compõe a estrutura organizacional da Atenção Básica de Saúde

A abordagem até aqui apresentada revela que a Atenção Básica de Saúde constitui a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde. A organização dos trabalhos neste ambiente está ordenada em rede, respeitando-se um método referenciado da baixa à alta complexidade, conduzido por equipes multiprofissionais vinculadas à Estratégia Saúde da Família, que seguem uma abordagem integral do processo saúde-doença. No subitem antecedente aprofundou-se a análise da trajetória seguida pelo Poder Público para integrar os trabalhadores em saúde dentro desta estrutura organizacional, com a finalidade de atingir a cobertura universal de saúde pela perspectiva do acesso dos usuários aos profissionais, pois estes últimos são compreendidos como elemento imprescindível ao fornecimento dos serviços de saúde.

Consideradas as deficiências e precariedades sobre a gestão de recursos humanos no âmbito da Estratégia Saúde da Família, mencionadas nos últimos parágrafos que compõem a subseção antecedente (item ‘4.1.1’), este tópico visa expor como os recursos humanos são compreendidos dentro desta estrutura organizacional. Também objetiva apresentar intervenções consideradas adequadas para atrair, recrutar e reter a força de trabalho em saúde para atingir a cobertura universal de saúde pela perspectiva do fornecimento dos serviços. Esta análise explicita o vínculo profissional predominante

mantido entre os profissionais da saúde e o Poder Público, com a finalidade de permitir uma melhor compreensão sobre a aproximação decorrente das articulações entre as instituições formadoras de recursos humanos em saúde e a prestação do serviço em si, a ser examinada na *subseção* ‘4.2’.

O termo ‘*recursos humanos*’ tem seu significado melhor desenvolvido pela área de administração e, segundo Vieira (2008, p. 343), “remete à racionalidade gerencial hegemônica que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o à uma dimensão funcional”. No Brasil, a utilização desta locução na área da saúde atrela-se diretamente ao trabalhador em saúde e suas possíveis relações com o processo histórico de desenvolvimento da saúde no plano nacional, notadamente a partir da construção do Sistema Único de Saúde, englobando inúmeras dimensões, tais como: “composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal” (VIEIRA, 2008, p. 343).

Seguindo esta vertente, a composição dos recursos humanos em saúde é prévia à disponibilização de instrumentos materiais (equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, instalações, dentre outros) e não-materiais (saberes e natureza intelectual que estrutura o desenvolvimento das ações) para o exercício do trabalho em saúde. Os recursos humanos em saúde, portanto, contemplam a matéria-prima fundamental no setor da saúde, pois o desenvolvimento das atividades inerentes a atingir a saúde perpassa o trabalho em saúde desenvolvido por sujeitos hábeis a atuarem na realização deste plano (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2008).

Conforme afirmam Matta e Morosini (2008a), foi durante o período que vigia o modelo previdenciário-privatista, iniciado na década de 1920, que se organizou o ensino e o trabalho médico no Brasil. A influência da medicina liberal, sedimentada no fornecimento de acesso aos serviços de saúde para apenas algumas corporações de trabalhadores, pela perspectiva médico-curativa, unificada em 1966 por meio do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INPS), foi responsável por fragmentar e hierarquizar o processo de trabalho em saúde e proliferar as especialidades médicas (MATTA; MOROSINI, 2008a).

No entanto, a partir da década de 1950, com o estímulo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre a formação médica, se iniciou no Brasil a ressignificação do termo ‘recursos humanos em saúde’, explicitada nas duas primeiras

Conferências Nacionais de Saúde ocorridas, respectivamente, em 1941 e 1950. A partir da década seguinte – 1960 – intensificaram-se as pesquisas com a finalidade de identificar as características desejáveis para o exercício desta força de trabalho, as quais atingiram considerável progresso no processo de institucionalização da área da saúde a partir de 1970 ao optar por um sistema pedagógico com predominância da educação continuada, mediante a capacitação profissional para resolver os problemas de saúde (PAIM, 1994; VIEIRA, 2008).

Considerando o período pós-constituente 1988, o Brasil passou por transformações profundas em sua estrutura organizacional. Esta reforma do Estado, todavia, não se reflete na efetivação dos preceitos constitucionais eleitos para a sociedade nacional em relação à universalização da cobertura dos serviços de saúde. Conquanto as discussões e embates estivessem presentes, os discursos permaneceram neste plano, sem avanços concretos para a composição de um corpo de recursos humanos apto a fazer frente às necessidades sanitárias nacionais. Noutro termo, em que pese os inúmeros fóruns político-sociais sanitários, os recursos humanos em saúde permanecem sendo um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais dos serviços de saúde, indispensável à universalização da cobertura dos serviços de saúde.

Em todas as conferências, sejam nacionais ou específicas aos recursos humanos em saúde, as propostas relativas à gestão do trabalho foram recorrentes, sem a adoção de decisões concretas. Por ora, torna-se relevante afirmar que gestão do trabalho no SUS atualmente é compreendida como uma “política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2012a, p. 23). A própria Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde entende que tal política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, a exemplo do “Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaço de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde” (BRASIL, 2012a, p. 23), entre outros, cuja discussão dessas propostas vem sendo difundidas desde 2003, com a criação desta Secretaria, sem qualquer resultado prático.

A partir do segundo milênio, com a aplicação dos princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS como *‘Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação no âmbito do SUS’* (BRASIL, 2003c), revigorou-se a compreensão de que os trabalhadores em saúde, assim como a própria saúde, são um bem público compreendido dentro de um

contexto de política de Estado frente a centralidade do exercício do trabalho em saúde na dinâmica de estruturação do Sistema Único de Saúde. Isto marca o distanciamento do movimento antirreforma da década de 1990, pautado em preceitos neoliberais de privatização por intermédio da terceirização dos serviços públicos (RIZZOTTO, 2000; MACHADO, 2008).

Todavia, esta conjuntura não alterou a precarização do vínculo laboral dos profissionais da saúde, especialmente dos médicos, no âmbito dos Municípios ainda se apresenta como problema relevante, pois a universalização da cobertura dos serviços públicos de saúde perpassa o estabelecimento de critérios homogêneos da força de trabalho. Em que pese as tentativas de implementação da Estratégia Saúde da Família, a realidade evidencia o descumprimento de seus preceitos orientadores relativos à formação das equipes e, conseqüentemente, à ausência de residência destas nas áreas de atuação (BRASIL, 2002c; 2005f).

No período mais recente, a articulação da educação com o processo de trabalho em saúde gera o aprofundamento da estratégia de ensino-serviço. Esta prática alia-se à dimensão política do sistema de formação educacional, ao criar e estruturar grades curriculares específicas para os diversos cursos da área da saúde, voltadas a satisfazer as necessidades do Estado. Como será visto nos próximos itens que compõe este capítulo, esta organização educacional exige que as partes diretamente envolvidas (educadores, educandos e profissionais da área da saúde) observem compromissos éticos-políticos sedimentados nos preceitos democráticos e solidários para prestarem os serviços públicos previstos constitucionalmente. Isto confere àqueles que eventualmente venham a integrar os recursos humanos na área de saúde pública maior compreensão sobre o sistema, seus limites, retrocessos, avanços e desafios (PEREIRA; LIMA, 2008).

A competência profissional perseguida envolve a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes aptas a solucionar problemas e situações de imprevisibilidade, na busca pela eficácia e eficiência nos serviços públicos. Deste modo, o trabalhador, dentro do processo de fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde, é concebido como sujeito e agente transformador do ambiente em que está inserido, cujo trabalho é compreendido como um ato complexo de trocas, criatividade, coparticipação e corresponsabilização (BRASIL, 2016e).

Estudos apontam que o vínculo contratual dos profissionais que integram a Estratégia Saúde da Família é preponderantemente precário. Seu efeito reflexo é a

instabilidade e a desproteção do trabalho. A consequência deste cenário é o comprometimento no fornecimento dos serviços no que diz respeito à continuidade e à qualidade (BRASIL, 2002c; 2005f; MACIEL FILHO, 2007; SCHEFFER, 2013).

Diante disso, considerada a relevância da força de trabalho que compõe este setor, seguindo a perspectiva global, a Organização Mundial da Saúde aponta que a escolha das intervenções adequadas à resolução dos problemas relacionados à atração, recrutamento e retenção da força do trabalho em saúde nas regiões rurais, remotas ou de difícil acesso, deve abranger intervenções articuladas de formação; regulação; incentivo e apoio profissional e pessoal (WHO, 2010c). Assevera, dentro destes aspectos, que a compreensão do problema deve perpassar o conhecimento aprofundado da realidade destes trabalhadores dentro do contexto local, vis-à-vis às práticas de sucesso desenvolvidas em casos análogos, consideradas as peculiaridades locais, bem como o estabelecimento de mecanismos gerenciais padronizados de plano e progressão de carreira aplicados nacionalmente. (WHO, 2010c; HUICHO *et al.*, 2010; DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010).

Esta abordagem permite inferir que a gestão dos recursos humanos não se mostra como um problema isolado do Brasil, pois desigualdades geográficas, econômicas e sociais exercem influência relevante na distribuição dos recursos humanos em saúde na área médica em território nacional e estrangeiro (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009). Dal Poz (2013, p. 1.925) parte deste contexto global para asseverar indispensabilidade de se “analisar o mercado de trabalho em saúde e os fatores que influenciam as decisões de pessoal de saúde quando se deslocam para áreas rurais e remotas, mas também para ficar neles ou abandoná-los”. Ainda, considera este conhecimento prévio essencial para a eleição de escolhas e intervenções sustentáveis a longo tempo.

No âmbito da Atenção Básica de Saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, predominam as formas de contratação precárias, na modalidade de admissão temporária e por prestação de serviços, em detrimento da forma de contratação recomendada, mediante concurso público e vinculado diretamente ao Poder Público, respeitando-se o regime jurídico próprio (GIL, 2005; NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004; MACIEL FILHO, 2007). Segundo Maciel Filho (2007), a adoção de modalidade diversa da indicada pelo Ministério da Saúde deve-se à busca por flexibilização em detrimento da vinculação que exige a submissão ao regime jurídico

único; às tentativas de fugir das restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; ao menor custo orçamentário das contratações precárias; e à facilidade de articular a instabilidade financeira que vige nos Municípios.

Dentro desta estrutura, especificamente em relação aos profissionais médicos, Maciel Filho (2007) aborda que as tentativas de burlar o modelo orientado para contratação são interpretadas como fatores adicionais que desestimulam os médicos a atuarem na Estratégia Saúde da Família. Este cenário agrega-se “ao conjunto de fatores que contribuem para a má distribuição de médicos no território nacional, como também é o caso da concentração da oferta de formação desses profissionais nas regiões mais favorecidas social e economicamente” (MACIEL FILHO, 2007, p. 63).

A conjuntura apresentada revela que as dificuldades para atingir o êxito esperado de universalização da cobertura dos serviços de saúde a partir da composição de uma força de trabalho efetiva dentro da estrutura organizacional existente é a ausência de regulação ou controle estatal efetivo sobre a formação profissional e o exercício da profissão médica no país. Além da ausência de controle sobre o estoque e a formação dos profissionais em saúde, não há planejamento adequado sobre a distribuição destes profissionais no território nacional considerando-se as necessidades sociais. Considerando esta realidade, diversos autores – a exemplo de Girardi e Carvalho (2002); Maciel Filho (2007); Ney (2009); Junqueira *et al.* (2010); Ney e Rodrigues (2012); Rodrigues *et al.* (2013); Dal Poz (2013); Dal Poz, Perantoni e Girardi (2013) e, inclusive, o próprio Estado brasileiro (BRASIL, 2002c; 2005f) – defendem a hipótese de que insuficiência dos profissionais médicos na Atenção Básica de Saúde decorre da ausência de regulamentação trabalhista.

Pela perspectiva dos fatores que geram a rotatividade dos médicos na Estratégia Saúde da Família, Campos e Malik (2008, p. 349) suscitam as seguintes hipóteses: “forma de contratação, perfil do médico do Programa de Saúde da Família e condições de trabalho”. Afirmam, ainda, que “a satisfação no trabalho talvez seja um dos fatores mais pesquisados em sua correlação com a rotatividade” (CAMPOS; MALIK, 2008, p. 352). Por seu turno, Ney e Rodrigues (2012) apontam que a alta rotatividade dos médicos decorre da insatisfação profissional, das condições de trabalho inadequadas e da pesada carga de trabalho.

No território nacional brasileiro, portanto, o desarranjo organizacional dos recursos humanos na área médica é gerado pela ausência de critérios distributivos

equânimes em todo o território nacional. Isto acarreta iniquidades de acesso aos serviços de saúde e impede a realização da cobertura universal apregoada como dever do Estado.

Os obstáculos a serem superados parecem intransponíveis, o que torna mais instigante a necessidade de observar o problema por novos prismas, com a finalidade de minar a resistência encontrada por todas as estratégias de enfrentamento adotadas até o presente momento⁶⁵. O sucesso no setor da saúde pública nacional, especialmente da Estratégia da Saúde da Família, está diretamente relacionado à capacidade de atrair e manter os profissionais indispensáveis ao fornecimento de serviço ao qual se propõe, notadamente os médicos (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Para tanto, uma forma de adequar a rota nacional em relação aos caminhos a serem seguidos por esta política, inclusive no plano global, consiste em estudar os modelos de controle do mercado de saúde exercido por diversos países, como a Alemanha, a Austrália, a França, o Reino Unido, a Suécia, apresentados por Bloor e Maynard (2003). Mostra-se relevante avaliar eventuais mecanismos de formação direcionada, presentes em países como Canadá, Espanha e Portugal, destinando uma parcela das vagas de graduação aos profissionais que desejam atuar na medicina da família (RODRIGUES *et al.*, 2013). Também é adequado investigar a experiência dos países que compõem a América Latina, os quais se voltam a atender simultaneamente o caráter educativo e assistencial da atenção primária à saúde, sem se descuidar dos critérios econômicos

Especificamente sobre a condição de alguns dos países que compõem a América Latina, apresenta-se uma síntese da análise realizada por Maciel Filho (2007), segundo o qual a solução dos problemas de distribuição médica nos territórios nacionais analisados se deu da seguinte forma: *i*) na Argentina todos os médicos rurais são generalistas, com alto prestígio auferido em decorrência de uma carreira dentro do sistema de saúde; *ii*) no Chile, as áreas rurais passaram a ser atendidas com a criação da carreira de Médico Geral de Zona (MGZ), do Sistema Nacional de Saúde. Todavia, ante a descentralização do sistema, encontra-se em trâmite proposta de criação de novo regime administrativo para os profissionais que atuam nestas localidades; *iii*) na Colômbia, o acesso aos serviços

⁶⁵ Ao abordar este tema, recorrendo à analogia com a medicina, Campos, Machado e Girardi (2009, p. 14) sustentam que “a má distribuição de médicos se pareceria mais a uma condição crônica do que uma doença que pode ser curada. Mesmo não havendo esperança de cura, existe a necessidade imperiosa do bom manejo da condição. À observação cuidadosa dos sinais e sintomas, ou em outras palavras, à soberania da clínica, devem ser somados procedimentos propedêuticos adequados para o correto diagnóstico. O necessário uso de múltiplas terapêuticas, entretanto, carrega o risco de interações iatrogênicas”.

sanitários pelas populações rurais é ofertado por graduandos que se submetem ao “ano rural” como requisito obrigatório à obtenção do registro profissional; *iv*) na Costa Rica, vige serviço médico social obrigatório destinado aos recém-formados que devem atuar nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS); *v*) no Equador, o serviço rural obrigatório é extensivo aos médicos, enfermeiros, odontólogos e obstetras, com prioridade objetiva de escolha do local de atividade considerando as características do participante, como gênero, estado civil, dentre outros. Este programa está em crise e o país intenciona criar um modelo de atenção à família em rede, similar ao brasileiro; *vi*) no México, o serviço social médico destina-se a atuação dos graduandos em comunidades desprovidas de atenção médica como requisito à obtenção do título profissional; *vii*) no Peru o serviço médico obrigatório se dá após a formação do curso universitário enquanto requisito para pleitear bolsa de pós-graduação e trabalhar no Seguro Social ou no Ministério da Saúde; *viii*) na República Dominicana o médico recém-formado deve cumprir um ano de atividade em unidade rural ou de bairro pobre como requisito à obtenção da licença para o exercício profissional.

Logo, considerando todas as questões abordadas ao longo desta tese, a estratégia para minimizar o problema da distribuição irregular de médicos no território brasileiro ultrapassa a política de saúde e atrela-se aos planos de desenvolvimento econômico e social do país. Esta ampliação das ações do Estado para outras esferas com a intenção de resolver os problemas sanitários remonta a um período mais recente da história nacional brasileira, conforme será deduzido mais adiante em relação aos aspectos educacionais.

A relação trabalho-educação, a partir deste contexto, atingiu um novo patamar ao enfatizar o caráter mediador dos formandos, especificamente da área médica, no processo de transformação da realidade da saúde pública nacional. Este cenário pode ser compreendido como parte integrante de algo mais abrangente, consistente nas políticas de apoio às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tema contemplado na próxima subseção.

4.2 A FORMAÇÃO E O DIRECIONAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE PARA ATUAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

O estudo do aparato em que se insere a estrutura organizativa do Sistema Único de Saúde, pela perspectiva do arranjo dos recursos humanos, necessariamente perpassa

os critérios científicos e tecnológicos atrelados ao desenvolvimento do saber para o fornecimento dos serviços de saúde. Neste contexto, a formação profissional passa a ser compreendida como uma condição indispensável para transformar os prestadores de serviços de saúde por meio do direcionamento fornecido pelo complexo educacional, a quem compete formar um quadro de recursos humanos apto a atender o interesse público.

Aqui, o estudo volta-se a evidenciar as tentativas do Poder Público em reduzir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios e diretrizes orientadores do Sistema Único de Saúde. A análise parte da logística educacional brasileira ao ambiente corporativo de recursos humanos da área da saúde, com ênfase sobre os profissionais da área médica. O objetivo é evidenciar o processo, ainda em trâmite, da reestruturação das bases educacionais referente à formação e à geração do conhecimento acadêmico para a prática profissional relacionada à prestação dos serviços de saúde à população. Em outras palavras, a finalidade é abordar as políticas de apoio às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área de saúde, voltada a estruturar a formação acadêmica em conformidade com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012a, p. 26).

São diversos os mecanismos voltados a reestruturar o ensino superior na área de saúde. Todos eles inserem-se dentro do contexto de mudança curricular nos cursos de graduação da área da saúde, com a finalidade de inserir o acadêmico cada vez mais cedo dentro da estrutura organizacional do Estado para obter conhecimento das peculiaridades aplicáveis ao setor e prestar serviços sanitários à sociedade. Isto pode ser visualizado pela perspectiva das políticas e dos programas desenvolvidos para realizá-las com o objetivo de atingir referido intento.

No âmbito das políticas, três exemplos podem ser citados: a '*Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação no âmbito do SUS*' (BRASIL, 2003c); a '*Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*', objeto da Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003 (BRASIL, 2004e); e a '*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*', voltada à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, veiculada por intermédio da Portaria nº 198/2004-GM/MS (BRASIL, 2004f), cujas diretrizes para implementação desta última foram lançadas pelas Portarias nº 1.996/2007-GM/MS (BRASIL, 2007f) e nº 278/2014-GM/MS (BRASIL, 2014c). A título de

exemplo, os programas vetores da realização destas políticas estão compreendidos nas ações desenvolvidas no âmbito do *AprenderSUS*; do ‘*Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*’ (Pró-Saúde); do ‘*Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)*’ e do ‘*Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*’ (Provab), os quais serão apresentados de forma sucinta nos próximos parágrafos, além do Programa Mais Médicos que será abordado em item apartado (*item ‘4.3.1’*).

O AprenderSUS volta-se a reorientar os referenciais educacionais da área da saúde para promoverem a atenção integral à saúde. Para tanto, reconhece a limitação da ação unipessoal para satisfazer as necessidades sanitárias. Seu objetivo é conferir aos graduandos uma formação apta a atribuir-lhes competências gerais consideradas necessárias para atuarem de forma integralizada, tudo com a finalidade de afastar a formação acadêmica do desenho flexneriano de ensino e trabalho (BRASIL, 2004g).

O Pró-Saúde pretende, por intermédio de incentivo às Instituições Educacionais do Ensino Superior, transformar o processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população. Visa atingir uma abordagem integral do processo de saúde-doença, na área da saúde. Para isto, insere os acadêmicos dentro da Estratégia Saúde da Família, para participarem do processo de aprendizagem prática. A finalidade é conferir aos graduandos uma reorientação profissional em razão da integração entre academia e o Sistema Único de Saúde⁶⁶.

O PET-Saúde visa a integração ensino-serviço-comunidade e, embora seja nominado como programa, é apresentado no Portal da Saúde como uma das estratégias do Pró-Saúde (BRASIL, 2017e). Seu propósito é fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde⁶⁷.

⁶⁶ O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde foi lançado em 2005, pela Portaria Interministerial nº 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando inicialmente os cursos de medicina, enfermagem e odontologia (BRASIL, 2005g). Posteriormente, por meio da Portaria interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, teve seu escopo ampliado para os demais cursos da área de saúde, tendo por objetivos: “I - reorientar o processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as Instituições de Educação Superior de cursos da área da saúde, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção prestada ao cidadão e à integração da rede à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente; III - incorporar a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde ao processo de formação dos cursos da área da saúde; e IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde.” (BRASIL, 2007g, artigo 1º, § 2º, incisos I a IV)

⁶⁷ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, instituído pela Portaria Interministerial nº 421/2010-GM/MS objetiva: “I - possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de

O Provac oferece incentivo aos profissionais de saúde recém-formados que optarem por atuar em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica de Saúde e da Estratégia Saúde da Família⁶⁸. Tem a intenção de levar referidos profissionais para as localidades com maior carência para os serviços mencionados, com o objetivo fundamental de ampliar o acesso à saúde da população carente nas regiões marcadas pela escassez de médicos (TUDO SOBRE PROVAB, 2017).

Cabe destacar que os referidos programas decorreram de uma atuação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação⁶⁹, explicitada na Portaria Interministerial nº 2.118/2005 que institui uma parceria entre ambos para a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 2005h)⁷⁰. Todavia,

ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; III - desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar; IV - contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde; V - contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País; VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e VIII - fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde”. (BRASIL, 2010c, artigo 4º, incisos I a VIII).

⁶⁸ O Provac foi instituído por iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, por intermédio da Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011, segundo a qual o Provac tem o “objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família” (BRASIL, 2011h, artigo 1º, s.p).

⁶⁹ A atuação conjunta entre os setores de saúde e educação aconteceu por diversas vezes ao longo da história brasileira. Primeiro, esta atuação decorreu da atribuição de competências de educação e saúde a um único ministério, pois em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que tinha por função desenvolver atividades pertinentes a vários setores, como saúde, esporte, educação e meio ambiente. Apenas no ano de 1953, com a autonomia da área da saúde por intermédio da criação do Ministério da Saúde, é que surge o Ministério da Educação e Cultura (MEC). A partir de então, surge um movimento cooperativo destes dois ministérios no intuito de equiparar as políticas de educação e saúde para atender aos propósitos nacionais, os quais visam reestruturar as diretrizes curriculares nacionais na área da saúde para atender aos preceitos constitucionais. (BRASIL, 1953; 2017f).

⁷⁰ Seis anos depois da edição da Portaria Interministerial nº 2.118/2005-MS/MEC, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 450/2011, resolveu, dentre outros: “1. Apoiar o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número de profissionais que devem ser formados anualmente, em todas as profissões de saúde, para atender as necessidades da sociedade brasileiras.

2. Recomendar que o Ministério da Saúde continue sua ação conjunta com o Ministério da Educação no sentido de aprimorar a qualidade dos cursos de graduação das profissões da saúde, aperfeiçoando os processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos.

3. aprovar a continuidade dos programas do Ministério da Saúde de estímulo às mudanças nos cursos de graduação da saúde, como o Pró-Saúde e o PET-Saúde, recomendando que eles tenham ênfase nas redes prioritárias de atenção à saúde e na formação para o trabalho em equipe multiprofissional.

4. Apoiar o Ministério da Saúde na realização de estudos para determinar o número de médicos especialistas necessários para atender as necessidades de saúde da sociedade brasileira.

(...)

em razão do aprofundamento das práticas administrativas destinadas a alterar a grade curricular dos cursos de graduação na área de saúde, torna-se adequado abordar este tema em item apartado, adiante exposto.

4.2.1 As mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde

O Ministério da Educação (MEC), pouco antes da virada do segundo milênio, já vinha empreendendo um movimento de implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais⁷¹ para a área de saúde⁷² por intermédio do Edital da Secretaria de Educação Superior (SESU), nº 4/1997 (BRASIL, 1997c) e dos pareceres do Conselho Nacional de Educação (CNE) nº 776/1997 (BRASIL, 1997d) e nº 583/2001 (BRASIL, 2001c), que apresentam, respectivamente, orientações e diretrizes curriculares para os cursos de graduação, além das seguintes resoluções, todas expedidas pelo Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior (CNE/CES):

i) Resoluções CNE/CES nºs 3, 4 e 5, todas de 07 de novembro de 2001 que instituem, respectivamente, as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem, medicina e nutrição (BRASIL, 2001d; 2001e; 2001f).

ii) Resoluções CNE/CES nºs 2, 3, 4, 5 e 6, todas de 19 de fevereiro de 2002, que instituem, respectivamente, as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em farmácia, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (BRASIL, 2002d; 2002e; 2002f; 2002g e 2002h).

iii) Resoluções CNE/CES nºs 1 e 2, ambas de 18 de fevereiro de 2003, que instituem, respectivamente, as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina veterinária e biomedicina (BRASIL, 2003g; 2003h).

iv) Resoluções CNE/CES nº 7 de 31 de março de 2004 e 8 de 07 de maio de 2004, que instituem, respectivamente, as diretrizes curriculares nacionais do curso de

6. Recomendar que os programas de residência multiprofissional e em áreas profissionais da saúde sejam ampliados, com ênfase na formação de profissionais para as redes de atenção prioritárias para o Sistema Único de Saúde e nas áreas estruturantes do SUS” (BRASIL, 2011i, p. 125).

⁷¹ As diretrizes curriculares de todos os cursos de graduação encontram-se disponíveis na página oficial do Ministério da Educação – <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991> – (BRASIL, 2017g).

⁷² O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 287/1998, relaciona quatorze (14) categorias profissionais de nível superior enquadradas na definição de profissional de saúde, quais sejam: assistente social, biólogo, biomédico, profissional de educação física, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo, e terapeuta ocupacional (BRASIL, 1999).

graduação em educação física, em nível superior de graduação plena e psicologia (BRASIL, 2004h; 2004i).

Especificamente em relação à graduação em medicina, além dos pareceres e das resoluções mencionados, mostra-se relevante para a reestruturação da grade curricular: o parecer nº 1.133/2001 (BRASIL, 2001g), que versa sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição que deu suporte à Resolução CNE/CES nº 4/2001, a qual foi revogada pela Resolução CNE/CES nº 3/2014, que passou a instituir, exclusivamente, as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina (BRASIL, 2014d). Esta última norma encontra amparo no Parecer CNE/CES nº 116/2014 que versa sobre o mesmo tema (BRASIL, 2014e).

O parecer CNE/CES nº 116/2014 é explícito ao afirmar que a reanálise das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, regulamentada pela Resolução CNE/CES nº 4/2001, decorre dos novos contornos e demandas da área da saúde no Brasil, considerando “as informações disponíveis sobre o diagnóstico da saúde no Brasil e os investimentos do Estado Brasileiro na reforma, ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em busca de melhorias da qualidade do serviço de saúde nacional” (BRASIL, 2014e, s. p.), citando a página da internet que remete ao Programa Mais Médicos.

A instituição de todas estas linhas de ações pode ser vista como um conjunto de estratégias de apoio à gestão local e de incentivo ao provimento e fixação de trabalhadores nos denominados vazios assistenciais. Considerando que o Decreto nº 3.745/2001 não foi revogado, pode-se entender que as referidas linhas de ações voltam-se a implementar o ‘*Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde*’, que objetiva incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior em Municípios que, por comprovada carência de recursos médicos-sanitários, não contempla em seus quadros referidos profissionais para desenvolver a Atenção Básica de Saúde⁷³.

Todos os programas apresentados neste capítulo e aqueles referidos no *capítulo* ‘3’ destinados à interiorização de médicos (Projeto Rondon; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento; o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde;

⁷³ O artigo 2º, incisos I, II, III e V, do Decreto nº 3.745/2001 dispõe que constituem objetivos do Programa: “I – ampliar a cobertura das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); II – impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no País; III – fortalecer o Programa de Saúde da Família; e V estimular a fixação de médicos e enfermeiros, em Municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço.” (BRASIL, 2001b, p. 2). Observação, referido dispositivo (artigo 2º) não contempla o inciso IV.

o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde; e o Programa de Serviço Civil Profissional em Saúde), embora sejam compreendidos como manifestações de políticas públicas (PONG, 2008), não foram suficientes para suprir os reconhecidos vazios assistenciais nas regiões consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde. Conquanto seja possível evidenciar como os programas foram introduzidos, modificados ou encerrados, todas as práticas padeceram de forma incipiente sem atingir o escopo pretendido, pois permanece o problema de iniquidade na distribuição de médicos na Atenção Básica de Saúde em todo o território nacional. Estas práticas, tampouco, conseguiram efetivar a reestruturação da educação em saúde. Diante disso, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Orçamento propuseram uma nova tentativa de superar os problemas evidenciados, mediante a formulação do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013a).

Este programa sanitário restabelece as discussões sobre a gestão da educação em saúde para a organização dos serviços públicos. A finalidade consiste em alinhar o corpo de trabalhadores aos princípios e diretrizes estabelecidos para o Sistema Único de Saúde.

Portanto, a realização do preceito constitucional da cobertura universal de saúde, pela perspectiva da ordenação e formação de recursos humanos na área de saúde perpassa o comprometimento das instituições educacionais em formar profissionais com valores análogos àqueles perseguidos pelo Sistema Único de Saúde. Isto se revela na reorientação política da gestão do trabalho e da educação por meio da integração ensino-serviço proposto na Estratégia da Família, que contempla o Programa Mais Médicos como o método mais recente para a sua realização. Referido Programa será apresentado no próximo item.

4.2.2 O Programa Mais Médicos

Pelo aspecto macro, o Programa Mais Médicos posiciona-se ao lado dos programas vetores das políticas de apoio às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, a exemplo daqueles anteriormente mencionados (*subseção '4.2'*) (AprenderSus, PET-Saúde, Pró-Saúde e Provab). Todavia, em razão de sua recente formulação e do impacto gerado sobre a Atenção Básica de Saúde, especialmente por versar exclusivamente sobre a área médica, torna-se adequado retratar, de forma mais aprofundada, as balizas de sua formulação e implementação.

A formulação do Programa Mais Médicos apresentou-se como uma medida necessária para superar a estagnação encontrada pela Estratégia Saúde da Família em contratar e fixar médicos na Atenção Básica de Saúde em regiões consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015b). Isto justifica o fato deste Programa integrar um amplo pacto de melhorias para o atendimento aos usuários dos serviços de saúde pública ao lado da reestruturação curricular do curso de graduação em medicina.

Em que pesem as questões de inadequação acadêmica e escassez profissional ter reemergido na agenda política brasileira no ano de 2011, quando os gestores públicos das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal) e os membros do Conselho Nacional de Saúde as elencaram como prioridade para a reestruturação da Atenção Básica de Saúde, este programa foi efetivamente formulado em resposta à mobilização social ocorrida em junho de 2013.

Sua concretização deu-se por meio da iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento e Orçamento, explicitada na Exposição de Motivos Interministerial nº 24/2013-MS/MEC/MP que deu suporte à edição da Medida Provisória (MPV) nº 621/2013. Esta última foi objeto de apreciação pelo Congresso Nacional, mediante o Projeto de Lei de Conversão nº 026/2013-CN, que culminou na edição da Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013a; 2013c; 2013d; 2013e; COUTO, 2015).

A principal finalidade deste Programa é formar mais recursos humanos na área médica, com o intuito de que este estafe integre o Sistema Único de Saúde. Isto pode ser visto pela perspectiva dos objetivos que lhes foram atribuídos pela Exposição de Motivos Interministerial nº 24/2013-MS/MEC/MP, quais sejam: *i*) diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; *ii*) fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no País; *iii*) aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; *iv*) ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; *v*) fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos; *vi*) promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; *vii*) aperfeiçoar médicos nas

políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS; e *viii*) estimular a realização de pesquisas aplicadas no SUS (BRASIL, 2013a). Todos estes objetivos, posteriormente, foram sedimentados no artigo 1º, Inciso I a VIII, da Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013e).

Dentro de seu bojo, estrutura-se o Projeto Mais Médicos para o Brasil, destinado a ofertar cursos de aperfeiçoamento na área da Atenção Básica de Saúde aos médicos formados em Instituição de Educação Superior brasileira ou com diploma revalidado no país (médicos participantes) e aos médicos formados em Instituição de Educação Superior estrangeira (médicos intercambistas). A condição imposta para tanto é de que os graduandos em medicina e os médicos em curso de especialização desempenhem suas atividades no âmbito dos Municípios que aderiram ao Programa, com custeio pelo governo federal (BRASIL, 2013e).

Segundo o governo federal, a avocação da responsabilidade quanto à efetivação do Programa pelos critérios orçamentário, de poder decisório e de responsabilidade sobre a organização e produção de recursos humanos na área médica é uma alternativa à redução no custeio de pessoal vinculado aos Poder Executivo estadual e municipal. Esta opção reduziria a constante preocupação dos Municípios em captar recursos financeiros para garantir a manutenção das Unidades Básicas de Saúde e responder ao aumento de demanda por atendimento, afastando a hipertrofia da assistência médica nacional (BRASIL, 2013a; 2013c, 2013d, 2013e).

Isto evidencia problemas nos arranjos políticos e operacionais da assistência à saúde brasileira. Na prática, os objetivos pedagógicos em que se estrutura o Programa Mais Médicos revelam a temporariedade de uma política governamental que reflete um processo de desregulamentação pelo governo federal das competências atribuíveis ao âmbito estadual e municipal em relação ao financiamento e controle dos recursos humanos vinculados ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013c, 2013d, 2013e; RIBEIRO, 2013).

Mas, isto não afasta o potencial que o Programa Mais Médicos tem para alterar a realidade da saúde pública nacional ao instituir um atendimento inovador e com custos reduzidos para os entes subnacionais (TOUSSAINT; GERARD, 2010). Tal metodologia reestrutura a dinâmica de atendimento e de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde que passam a ter como maior interlocutor entre o paciente e o acesso aos serviços de medicina um estudante de medicina.

A intenção é suprir os vazios assistenciais nas regiões que não conseguem atrair médicos para ocuparem vagas constantemente ociosas mediante o aumento de vagas nos cursos de graduação em medicina e o oferecimento de curso de especialização aos médicos. O fim último do Programa é ampliar de 1,8 para 2,7 médicos ativos para cada um mil (1.000) habitantes. Esta proporção foi apresentada na Exposição de Motivos Interministerial nº 24/2013-MS/MEC/MP e utilizada como parâmetro ante a ausência de um número válido e reconhecido internacionalmente de médicos por habitantes e seguiu o padrão encontrado no Reino Unido no ano de 2012, que também possui um modelo de saúde universalizado (BRASIL, 2013a).

Portanto, o Programa Mais Médicos insere-se dentro de um conjunto de práticas voltadas a reestruturar a atenção médica no Brasil ao enfatizar, durante a formação acadêmica, a aprendizagem em Atenção à Saúde ao valorizar a formação voltada para o Sistema Único de Saúde, como importante alternativa de trabalho a ser oferecida ao profissional em medicina. Com isso, os profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil se tornaram responsáveis por desenvolver suas atividades nas regiões consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde, quais sejam: *i*) em lugares remotos, considerados de difícil acesso, bem como em Municípios populosos, sendo estes considerados com população superior a 80.000 pessoas, com baixa renda *per capita* e alta vulnerabilidade econômica, denominada “G100”; *ii*) Municípios com 20% ou mais de sua população vivendo em extrema pobreza; *iii*) áreas de maior vulnerabilidade em capitais e regiões metropolitanas; e *iv*) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), entre outros (BRASIL, 2013a; 2013e; BRASIL, 2014e).

Logo, a formulação do Programa Mais Médicos visou sanar dois problemas que afligem a saúde pública brasileira: o quantitativo e a distribuição do contingente médico em âmbito nacional. Resta saber, agora, de que maneira está ocorrendo a implementação do Programa.

A implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil decorre da cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, por meio de medidas indutoras e regulatórias fixadas na Portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013f). Portanto, o objetivo primordial desta nova estrutura, além de formar mais médicos, é convocar os profissionais formados, nacionais ou estrangeiros, para atuarem na Atenção Básica de Saúde, em regiões consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde.

Para a implementação do Programa Mais Médicos é necessária a celebração de contrato de adesão por parte dos entes federativos (Estados e Municípios). Da mesma forma, em relação à execução do Projeto Mais Médicos para o Brasil, é necessário o estabelecimento de instrumentos de cooperação com países estrangeiros e organismos internacionais, bem como a articulação com Instituições de Ensino Superior nacionais e estrangeiras, e outras entidades públicas e privadas. A participação de médicos intercambistas, por sua vez, dependerá da submissão ao processo de acolhimento e avaliação a ser aplicada pelos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2013e; 2013f).

A fase de implementação visa produzir, em síntese, quatro novas mudanças na política sanitária nacional, das quais três relacionam-se com o ensino da medicina: *i*) aperfeiçoar médicos na área de atenção básica de saúde; *ii*) estabelecer novos parâmetros para a ordenação da formação de recursos humanos médicos; e *iii*) ampliar a oferta de vagas para os cursos de graduação em medicina e residência médica, estabelecendo-os em regiões consideradas prioritárias para o SUS (BRASIL, 2013e; 2013f; COUTO, 2015). A quarta mudança relaciona-se com o fornecimento dos serviços públicos a cargo da Atenção Básica de Saúde, consistente na inserção dos médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil nas equipes de Saúde da Família localizadas em regiões consideradas prioritárias para o SUS, conforme os critérios de distribuição estabelecidos na Portaria Interministerial nº 1.369/2013-MS/MEC (BRASIL, 2013f).

Estes quatro aspectos estão diretamente relacionados com o ambiente organizacional em que estão inseridos os médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e destinam-se a cumprir a premissa de ampliação de acesso à saúde pela perspectiva do usuário. Desde o início desta fase de implementação, diversos estudos acadêmicos têm despontado para analisar as mais variadas questões, dentre as quais estão as que envolvem a atuação destes profissionais; a percepção dos demais profissionais da área da saúde que compõem a estrutura administrativa destinada à prestação dos serviços no setor; e a perspectiva dos usuários dos serviços.

Pelo viés da atuação dos profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e do avanço inerente à implementação do Programa Mais Médicos, há reiterados relatos sobre a humanização do atendimento prestado, tanto pela perspectiva dos demais profissionais que integram a estrutura administrativa, vinculada à equipe de Saúde da Família recebedora dos médicos, quanto pela perspectiva dos usuários no sentido da

atenção despendida pelos médicos no ato do atendimento (BERTÃO, 2015; BRASIL, 2015b).

A pesquisa conjunta realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas de Pernambuco (Ipespe) entrevistou 14 mil usuários distribuídos em quase 700 Municípios e identificou a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais vinculados ao Projeto como um dos principais avanços alcançados com o Programa Mais Médicos, em sintonia com as diretrizes preconizadas de universalização e equidade no atendimento, frente ao preenchimento dos quadros de trabalho antes ociosos (BRASIL, 2015b).

Outro avanço percebido com a evolução da implementação do Programa Mais Médicos consiste na mudança do perfil dos profissionais interessados em aderir ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Inicialmente, 85% das vagas ofertadas foram preenchidas por profissionais estrangeiros, especialmente cubanos oriundos da cooperação firmada junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A partir do ano de 2015, os médicos brasileiros passaram a ocupar quase integralmente as vagas ofertadas pelo Projeto (BRASIL, 2015b).

Pela perspectiva acadêmica, o cumprimento dos preceitos instituídos na Lei nº 12.871/2013 também tem conseguido aproximar o ambiente universitário do Sistema Único de Saúde (CAMPOS, 2015). Tudo isto gera um resultado sinérgico de cooperação em favor do usuário e em benefício da implementação da cobertura universal da saúde no âmbito da Atenção Básica.

Por outro lado, as dissonâncias entre o previamente idealizado pelos formuladores do Programa Mais Médicos e a prática implementadas no Projeto que o compõe são percebidas como obstáculos inerentes à evolução da política de saúde nacional. Neste tocante, a dimensão mais perceptível dos problemas identificados pelos usuários e membros das equipes de Saúde da Família consiste na dificuldade, pelos intercambistas estrangeiros, de comunicarem-se por meio do uso da língua portuguesa (BRASIL, 2015b; RUAS, 2015).

A legislação não se dedica a fixar o grau ou nível de conhecimento e domínio da língua portuguesa pelos estrangeiros. Porém, o artigo 15, § 1º, Inciso III, da Lei nº 12.871/2013, estabelece como condição para o preenchimento das vagas ofertadas pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil que o participante conheça o idioma nacional. Afinal, é através da comunicação verbal que se estabelece a relação médico-paciente. Todavia,

dita dificuldade não impede que o Brasil continue se valendo do provimento de médicos estrangeiros para atender as regiões vulneráveis, frente à reconhecida dificuldade de atrair os profissionais nacionais (BRASIL, 2015b; DUCAN, TARGA 2014).

A simbiose decorrente da relação médico-paciente, por sua vez, volta-se ao cumprimento do binômio ensino-serviço previsto no artigo 14 da Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013e). Neste ponto, uma decorrência lógica da adesão ao Programa Mais Médicos para o Brasil é o desafio inerente à aproximação do profissional médico, nacional ou estrangeiro, à realidade prática dos serviços de saúde desenvolvidos junto ao Sistema Único de Saúde, por meio do curso de especialização em Saúde da Família, fornecido na modalidade à distância pela Rede Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) (SOUSA, 2015).

Além disso, os critérios de amplitude geográfica nacional, singularidades regionais e capilaridade da Atenção Básica de Saúde revelam o esforço empreendido para a implementação do Programa Mais Médicos, cujas dificuldades e os desafios apresentados não o invalidam. Sua concretização está beneficiando os cidadãos ao possibilitar o acesso aos serviços públicos de saúde, assim como permite aos médicos adentrarem à estrutura burocrática do Sistema Único de Saúde para conhecerem a realidade sanitária nacional. Isto possibilita evidenciar os problemas estruturais da política pública de saúde brasileira que ainda não conseguiu assegurar qualidade e estabilidade no cumprimento das determinações constitucionais a respeito do direito à saúde.

No entanto, a realização de uma política pública de saúde macro exige um repensar constante sobre os critérios de sustentabilidade do Programa a longo prazo e sobre os estímulos suficientes para a permanência de médicos em regiões de difícil acesso. Em casos tais, pode-se aplicar o entendimento estabelecido por Ducan e Targa (2014) e Scheffer (2015), segundo os quais os incentivos financeiros não se mostram capazes de subverter o custo que implica o isolamento geográfico para estes profissionais.

Toda a estrutura evidenciada revela que admitir médicos temporários, nacionais ou estrangeiros, bem como formar mais médicos, não parece ser suficiente para extirpar a deficiência em recursos humanos que assola a Atenção Básica de Saúde. É preciso uma conformação sistematizada das metas da saúde pública nacional para a fixação dos médicos não apenas nos grandes centros urbanos, mas em todo o território nacional, com

a finalidade de garantir o acesso à saúde de forma universalizada, equânime, integral e ininterrupta.

Portanto, o ponto central está em transformar os fundamentos do Programa Mais Médicos em uma política permanente de Estado, superando a ideia inicial de uma política de governo. Para alcançar este objetivo se impõem modificações técnicas, principalmente na forma de provimento de médicos, para superar o obstáculo da descontinuidade dos serviços e atingir a promessa constitucional de universalidade da cobertura dos serviços públicos de saúde.

4.3 PROPORÇÃO MÉDICA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA *VERSUS* PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A abordagem apresentada no presente capítulo evidencia que o tema inerente à competência profissional na área da saúde tem ocupado espaço expressivo e relevante no cenário nacional brasileiro. Isso se deve, inclusive, aos desdobramentos desencadeados pelo processo de globalização dos preceitos defendidos pela Organização Mundial da Saúde que sugere a adoção de padrões universalizados no atendimento à saúde, conforme abordado no *capítulo '1'*.

No entanto, inexistente um parâmetro reconhecido e validado internacionalmente que estabeleça a proporção ideal de médicos por habitantes. Partindo deste pressuposto, na esfera brasileira, os Ministérios da Saúde, da Educação e do Planejamento, em ação conjunta por meio da Exposição de motivos Interministerial nº 24/2013-MS/MEC/MP, passaram a considerar adequada, pela perspectiva de recursos humanos na área médica, a proporção de 2,7 médicos por mil (1.000) habitantes para atender ao ideário sanitário nacional. Esta correlação se assemelha àquela “encontrada no Reino Unido, país que depois do Brasil, tem o maior sistema de saúde público de caráter universal orientado pela atenção básica” (BRASIL, 2013a, p. 02)⁷⁴.

Referida fração – de 2,7 médicos por 1.000 habitantes – visa suprir a necessidade médica no espaço geográfico nacional e passou a ser perseguida a partir da formulação do Programa Mais Médicos que pretende superar a escassez de recursos humanos na área

⁷⁴ Ao tempo da formulação do Programa Mais Médicos a proporção era de 1,8 médicos por 1.000 habitantes (BRASIL, 2013a).

médica⁷⁵. Mas, este número visa prover toda a cadeia de cuidados em saúde, ou seja, do nível primário ao terciário da saúde pública, bem como o sistema privado de saúde.

Ao lado deste montante, está a recomendação apresentada na Portaria nº 2.488/2011-MS, que visa suprir em âmbito nacional, exclusivamente, os serviços médicos na Atenção Básica de Saúde. Para este setor o contingente ideal é de um médico para 3.000 a no máximo 4.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

Logo, não há divergência entre o quantitativo perseguido pelo Programa Mais Médicos e aquele adotado pela Estratégia Saúde da Família. Em verdade, as proporções apresentadas por ambos visam prover os recursos humanos na área médica em perspectivas distintas da saúde nacional, vejamos: *i*) a Estratégia Saúde da Família objetiva prover ditos recursos, exclusivamente, na Atenção Básica de Saúde, com a finalidade de universalizar a cobertura dos serviços primários de saúde; *ii*) o Programa Mais Médicos pretende reestruturar a grade curricular do curso de medicina; formar mais destes profissionais em âmbito nacional; exigir o cumprimento de parte da residência médica, pelos graduandos em medicina, na Atenção Básica de Saúde; e, disponibilizar cursos de especialização nas áreas de interesse da saúde pública nacional, aos médicos formados em Instituição de Ensino Superior brasileiras ou estrangeiras, com habilitação para o exercício da medicina no exterior, participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, desde que cumpram 40h (quarenta horas) semanais de atividade, sendo 32h (trinta e duas horas) de atuação nas Unidades Básicas de Saúde e 8h (oito horas) dedicados a ações de educação nas próprias Unidades ou em outros locais, recebendo como contraprestação, bolsa-formação mensal líquida no importe de R\$ 11.520,00 (onze mil, quinhentos e vinte reais)⁷⁶, recesso anual de trinta (30) dias remunerados, contribuição

⁷⁵Esta pretensão está consignada expressamente na Lei nº 12.871/2013, em seu artigo 2º, o qual dispõe que: “Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações: **I** - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; **II** - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e **III** - promoção, nas regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional” (BRASIL, 2013e). A título de exemplo destas medidas indutoras, cita-se a Portaria Normativa nº 3/2013-MEC, que estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências (BRASIL, 2013g), bem como a Portaria Normativa nº 015/2013-MEC, que em atendimento aos objetivos perseguidos pelo Programa Mais Médicos, instituiu a Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas das Instituições Federais de Educação Superior, com os objetivos de criar novos cursos de graduação em medicina e aumentar vagas nos cursos de graduação em medicina atualmente existentes (BRASIL, 2013h).

⁷⁶ O valor mensal da bolsa-formação ao tempo da formulação do Programa Mais Médicos foi fixado na quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) (BRASIL, 2013a). Posteriormente, sobreveio a Portaria

previdenciária e ajuda de custo para despesas de instalação, todos custeados pelo Ministério da Saúde, além de auxílio moradia e auxílio alimentação a cargo dos Municípios participantes (BRASIL, 2011a; 2013c; 2013d; 2013e e 2016f).

Então, o fato das atividades a serem desempenhadas pelos participantes do Programa Mais Médicos convergirem para a Estratégia Saúde da Família não modifica os objetivos quantitativos de um ou de outro. Aliás, a formulação do Programa Mais Médicos tem o poder de revelar o fracasso da Estratégia Saúde da Família em encontrar médicos interessados em desenvolverem suas atividades no âmbito da Atenção Primária de Saúde, considerando-se que nesta vertente, a contratação destes profissionais não segue uma estrutura padronizada, isto é, universalizada, pois fica a cargo de cada um dos 5.570 Municípios brasileiros (BRASIL, 1988a e 2011a; 2016h).

Consequentemente, o Programa Mais Médicos vai além dos propósitos de atender às novas exigências na formação profissional em saúde na área médica, pois visa inserir os graduandos em medicina o mais cedo possível no cenário das práticas profissionais para suprir os vazios assistenciais no nível primário de atenção à saúde. Esta prática revela uma parceria entre a academia e os serviços de saúde, pois tal inserção não gera a permanência do acadêmico neste setor.

Por este aspecto, a Atenção Básica de Saúde transformou-se em um espaço vinculativo de ensino e aprendizagem durante o período da graduação ou especialização médica. Mas não constitui o ambiente do exercício profissional do graduado em medicina. Trata-se, apenas de um lugar de passagem obrigatória para obter a formação acadêmica, considerando que um dos eixos centrais do curso de medicina é desenvolver “os Módulos de Aprendizagem da Prática Profissional” (BRASIL, 2014e, p. 18)

Esta inserção acadêmica compulsória dos graduandos e pós-graduandos em medicina no ambiente destinado a sanar aproximadamente 80% das necessidades e problemas de saúde revela a fragilidade que passa o setor de recursos humanos da Atenção Básica de Saúde, especialmente porque o Programa Mais Médicos não se destina

Interministerial nº 1.708, de 23 de setembro de 2016 – para acrescentar e alterar dispositivos da Portaria Interministerial nº 1.369/2013-MS/MEC que dispõe sobre a implementação do Projeto mais Médicos para o Brasil – com a finalidade de reajustar o valor mensal da bolsa-formação para R\$ 10.570,00 (dez mil quinhentos e setenta reais), com determinação de subsequente reajuste para R\$ 11.520,00 (onze mil quinhentos e vinte reais) a partir de janeiro de 2017, já considerado neste valor a contribuição previdenciária. Ainda, acresceu que o “valor da bolsa-formação será revisto anualmente, tendo como referência o mês de junho do exercício financeiro em curso, mediante indexação pelo incremento da inflação no Brasil nos 12 (doze) meses anteriores à data de cálculo da revisão, com efeitos financeiros a partir de janeiro do ano subsequente” (BRASIL, 2016i, artigo 3º).

a provê-lo diretamente, mas, tão só, estabelecer um vínculo precário e temporário dos acadêmicos partícipes. Então, a vertente assistencial à população é secundária. Neste caso, a ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população ocorrerá somente no período de estudo acadêmico, em respeito a um critério objetivo de formação, por força do enfoque atribuído ao ensino (BRASIL, 2006a; 2016f).

Isto permite concluir que embora seja cumprido o binômio ensino-serviço, a ampliação na oferta destes profissionais para a sociedade é um efeito reflexo ao processo de formação acadêmica. Tal ampliação numérica dos recursos humanos em saúde na área médica não significa que o excedente profissional formado ou pós-graduado, depois de concluído o período de permanência, desempenhará suas atividades no setor público de saúde.

Esta conjuntura exige um aprofundamento maior sobre o estudo da Atenção Básica de Saúde. Para tanto, torna-se adequado servir-se das informações oficiais disponibilizadas pelo Poder Público concernentes ao estabelecimento, manutenção e funcionamento das equipes de Saúde da Família em comparação aos dados pertinentes ao quantitativo de médicos em atividade no país, além de indicadores sociais considerados relevantes, a exemplo do quantitativo populacional, com a finalidade de realizar uma análise crítica sobre a saúde pública brasileira. Isto permitirá traçar cenários, perspectivas, tendências e projeções sobre a Atenção Básica de Saúde mediante a construção de indicadores, tema que será abordado no próximo capítulo.

4.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Esta seção visou atender à ‘*alínea d*’ dos objetivos específicos apontados na introdução desta tese ao descrever, pela perspectiva normativa, a forma precária de integração dos recursos humanos em saúde à estrutura organizacional da saúde pública nacional, bem como evidenciar as modificações introduzidas no âmbito acadêmico com a finalidade de alinhar o ensino transmitido a esta força de trabalho para integrar este setor, notadamente a Atenção Básica de Saúde. Ainda, enfatizou-se os profissionais médicos, a Estratégia Saúde da Família e os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Esta etapa também concluiu a resposta à questão de pesquisa de número ‘3’ ao evidenciar que no plano global e na esfera brasileira a realização da cobertura universal de saúde é perseguida por intermédio do fornecimento dos serviços primários de saúde.

Todavia, toda a construção até aqui apresentada corrobora a inefetividade dos dispositivos e das promessas constitucionais, os quais são desafiados pela distância entre a previsão normativa e a realidade social.

Dentro deste cenário, restou evidenciada a árdua tarefa do Sistema Único de Saúde, caracterizado como um mecanismo ainda em construção e com amplo campo de atuação, para implementar a cobertura universal de saúde. As constantes mudanças introduzidas nos três pilares analisados (Atenção Básica, recursos humanos e educação em saúde) objetivam alcançar a universalização de cobertura, com a finalidade de adequar a estrutura organizacional às necessidades sociais.

O escopo da *subseção* '4.1' foi dispor que a saúde pública brasileira se estrutura hierarquicamente, em níveis de atenção, dentro de redes de Atenção à Saúde. Neste organograma, a Atenção Básica de Saúde posiciona-se como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, com a capacidade de resolver aproximadamente 80% dos problemas de saúde, a qual é regida por intermédio da Estratégia Saúde da Família, desenvolvida para permitir a capilaridade do sistema.

Dentro deste desenho organizacional, os recursos humanos em saúde são compreendidos como agentes transformadores do ambiente no qual exercem suas atividades laborais. Todavia, predomina a precariedade na forma de contratação destes profissionais, o que gera a necessidade de realinhamento estratégico por parte do Estado com o intuito de atingir os pressupostos orientadores do Sistema Único de Saúde, mediante a aproximação dos ambientes de ensino e serviço.

A articulação do trabalho, da educação e da saúde ainda constitui um critério relevante para a reestruturação da saúde pública nacional para fazer frente aos interesses sociais. Tanto é assim que a *subseção* '4.2' destinou-se a evidenciar o processo de reestruturação das grades curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, com a finalidade de encontrar ou desenvolver características pessoais nos profissionais em saúde que lhes permitam desempenhar o trabalho em saúde seguindo as premissas do Sistema Único de Saúde. No que se refere especificamente à área médica, o Programa Mais Médicos apresenta-se como uma tentativa de afastar o fosso existente entre a educação e o trabalho, notadamente no setor público, com vistas a desconstruir a noção de consumo que estava contaminando a saúde pública, conferindo ao trabalho um princípio educativo, enquanto caráter formativo do educando por um viés humanizador.

Em que pese os avanços conquistados com a Estratégia Saúde da Família, as reestruturações curriculares na área da saúde e o lançamento do Programa Mais Médicos serviram para evidenciar o fracasso da Estratégia, pois as relações de trabalho mantidas na Atenção Básica de Saúde, em grande medida, mantêm-se precárias. Especificamente em relação aos recursos humanos em saúde na área, é possível inferir que a ausência de critérios regulamentadores gerais reverbera em outros fatores como a multiplicidade de vínculos empregatícios e a diversidade de parâmetros para definir o quadro de pessoal pelos Municípios, os quais desestimulam o exercício profissional no setor público. O afastamento da vulnerabilidade que permeia este ambiente exige o afastamento das questões eleitorais, pois é indispensável a blindagem desta estrutura em relação às mudanças governamentais quadrienais e a elementos totalmente discricionários.

O Programa Mais Médicos traz em seu bojo o evidente avanço inerente à ampliação de acesso à saúde pública aos usuários. Dentre as dificuldades, destaca-se a comunicação entre os pacientes e os médicos de língua estrangeira. Porém, o desafio, sedimenta-se no repensar sobre a continuidade da prestação dos serviços nas regiões consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde, em decorrência da temporariedade atribuída aos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que integram um sistema de educação continuada pela perspectiva do ensino-serviço.

Por fim, a *subseção* '4.4' ressaltou a distinção entre os objetivos perseguidos pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa Mais Médicos, o que justifica a distinção entre o quantitativo de médicos identificado em cada qual como relevante para atender as necessidades sanitárias nacionais, considerando-se que para fins de atendimento da Atenção Básica de Saúde são necessários um médico para uma população de 3.000 a, no máximo, 4.000 habitantes, enquanto para fins de atender ao celeiro nacional de recursos humanos na área médica, o Programa objetiva atingir a proporção de 2,7 médicos para cada mil habitantes.

No próximo capítulo será aprofundado o estudo sobre a Atenção Básica de Saúde, com fundamento nas informações oficiais disponibilizadas pelo Poder Público, aptas a construir indicadores que permitem uma análise crítica sobre este setor da saúde pública nacional.

5 O PERFIL DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA ÁREA MÉDICA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A seção antecedente (*capítulo '4'*) tornou explícita a intenção normativa do Estado em tornar factível a cobertura universal de saúde mediante a adoção de inúmeras políticas, programas e ações voltadas a realizar a Estratégia Saúde da Família. A finalidade é fornecer os serviços da Atenção Básica de Saúde a toda a população, em respeito às diretrizes estabelecidas constitucionalmente para o Sistema Único de Saúde, consistentes na universalidade, na equidade, na descentralização e no atendimento integral. Entretanto, o próprio Estado reconhece que o sistema público de saúde brasileiro ainda não foi capaz de elaborar uma estrutura de serviços apta a atender à demanda social.

Na presente seção serão apresentados os pressupostos normativos e factuais para a construção de indicadores que possibilitem analisar, com maior precisão, como se encontram os recursos humanos em saúde na área médica destinada à Atenção Básica de Saúde, seguindo as diretrizes da Estratégia Saúde da Família. O objetivo é identificar elementos que contribuam para compreender a escassez de médicos para atuar neste setor.

Primeiramente, na *subseção '5.1'* será apresentado o caminho metodológico percorrido na tese para a construção de indicadores capazes de analisar a estrutura sanitária referida, mediante a exposição das escolhas realizadas para a caracterização da pesquisa e seu respectivo ambiente, bem como o método empregado para a coleta de dados e a subsequente forma de sistematização e análise. Por conseguinte, na *subseção '5.2'* serão apresentados os indicadores analíticos da Atenção Básica de Saúde, com o objetivo de estabelecer contornos precisos ao fenômeno investigado. Por último, na *subseção '5.3'*, será evidenciado o diagnóstico nacional pertinente aos recursos humanos em saúde na área médica do setor em referência.

5.1 A TÉCNICA DE PESQUISA EMPREGADA NA TESE

A metodologia empregada para o desenvolvimento desta tese pauta-se em uma abordagem indutiva e não exaustiva, sedimentada em procedimentos analíticos comparativos. A técnica aplicada consiste na pesquisa bibliográfica, com ênfase sobre as produções concernentes ao tema oriundas de registros oficiais públicos e privados, além das construções normativas e das doutrinas clássicas e recentes, pertinentes às políticas

de saúde global e brasileira afetas à estruturação dos recursos humanos na área médica para a Atenção Básica de Saúde.

Os capítulos '1' a '4', cumprindo o objetivo metodológico, destinaram-se a apresentar o estado da arte em que se encontra a Atenção Básica de Saúde pelas perspectivas global e nacional, com a finalidade de tornar compreensível a estruturação dos recursos humanos em saúde, especialmente da área médica.

A partir deste capítulo o estudo torna-se avaliativo ao permitir a análise factual dos recursos humanos em saúde na área médica para a Atenção Básica de Saúde. Não há, porém, a pretensão de se esgotar as matérias referentes à temática abordada.

A tese, neste contexto, persegue dois objetivos. O primeiro, explicitado nos capítulos '1' a '4', voltou-se a reconstruir histórica e analiticamente as balizas normativas sobre a cobertura universal de saúde no plano global e nacional brasileiro, com ênfase, no cenário nacional, sobre os recursos humanos para a saúde da área médica, destinados à Atenção Básica de Saúde. O segundo, explicitado neste capítulo, visa aprofundar o diagnóstico avaliativo da Atenção Básica de Saúde por meio da construção de indicadores capazes de identificar a estrutura administrativa da gestão de pessoal nacional de recursos humanos da área médica pela perspectiva da Estratégia Saúde da Família.

Considerando-se os objetivos da pesquisa, esta tese se mostra eminentemente exploratória (GIL, 2002), porquanto se volta ao exame aprofundado de uma política pública específica, notadamente no que atine aos procedimentos técnicos inerentes ao levantamento bibliográfico (ECO, 2012) e documental (QUIVY; CAMPENHOUDT, 2013) sobre a atuação do estamento médicos no Sistema Único de Saúde, caracterizada como um estudo de caso (YIN, 2001).

A técnica de coleta de dados, sistematização e análise, pelo prisma da natureza metodológica (GIL, 2002), tem por finalidade validar os substratos e respectivos resultados dos indicadores construídos. Trata-se, portanto, de uma pesquisa aplicada que explicita os meios necessários à identificação do quantitativo de médicos ativos no cenário nacional e sua respectiva distribuição no âmbito da Atenção Básica de Saúde empregando-se de recursos analíticos teóricos, normativos e empíricos disponibilizados pelo Poder Público.

Pela perspectiva da forma metodológica, o estudo é de âmbito quantitativo e qualitativo (SEVERINO, 2007). A avaliação dos recursos humanos na área médica atuante na Atenção Básica de Saúde, permite identificar o fracasso na universalização da

cobertura dos serviços de saúde ante a ausência de critérios distributivos destes profissionais para atuarem no setor. Quantitativamente, os critérios avaliativos indicam o número de médicos e estudantes de medicina em atividade e, pela perspectiva prospectiva, o número necessário destes profissionais para atender a previsão constitucional de universalização do atendimento à saúde na Atenção Básica de Saúde. Qualitativamente, os dados e análises apresentados permitem traçar ações políticas com vistas a sanar as distorções reconhecidas pelo próprio Estado para atingir a cobertura universalizada dos serviços primários de saúde.

O estudo, pela perspectiva do ambiente da pesquisa para a construção dos indicadores para análise da Atenção Básica de Saúde, privilegia todo o território nacional brasileiro. A exposição, para fins de padronização, observa as cinco regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), possibilitando a análise do diagnóstico nacional.

Segundo Jannuzi (2012, p. 15), os indicadores sociais destinam-se a “avaliar os avanços ou retrocessos nas condições de vida da população; apontar a eficácia ou a ineficácia das políticas públicas ou defender suas posições quanto às prioridades sociais” e podem ser utilizados pelos agentes políticos para definir prioridades na implementação das políticas sociais e na alocação de recursos públicos. Os fatores que contribuem para a difusão dos indicadores sociais são de natureza político-institucional e econômico social, pois os referidos instrumentos permitem desvelar as iniquidades sociais. Este autor conceitua um indicador social como sendo:

uma medida, em geral, quantitativa, dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma (JANNUZZI, 2012, p. 21).

Para tanto, parte-se da premissa de que o número de médicos indicados pela Portaria nº 2.488-2011/GM-MS – de um (01) médico para cada três mil (3.000) habitantes – é adequado para atender a demanda da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011a). Esta proporção será relacionada aos indicadores sociais e de saúde geridos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), referente ao quantitativo de equipes de Saúde da Família por Município, e ao quantitativo de médicos com inscrição ativa disponibilizado pelo Conselho Federal de Medicina, bem como aqueles referenciados na Nota Técnica (NT) nº 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS, pertinente aos médicos

vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. As bases auxiliares consistem nos dados populacionais geridos pelo IBGE e pelo Atlas Brasil (BRASIL, 2016d; CFM, 2016; BRASIL, 2016h; 2016g; ATLAS BRASIL, 2016).

A construção de indicadores que revelem a melhor solução a ser eleita perpassa a gestão das informações disponibilizadas pelo Poder Público, as quais podem ser compreendidas, segundo Santana (2003, p. 33) “como elementos do processo político do setor de saúde nos campos da gestão do trabalho, da regulação profissional e da formação de trabalhadores desse setor”. Por sua vez, compete “aos estudiosos ou especialistas em recursos humanos a concepção arquitetônica dos sistemas de informação ou mesmo da própria informação” (SANTANA, 2003, p. 33), bem como a geração de indicadores analíticos com fundamento nestes dados, em uma participação adjutória ou subsidiária à atuação do Poder Público. Isto permite “sugerir focos de prioridade ou recomendar encaminhamentos” (SANTANA, 2003, p. 33), os quais somente dotarão de relevância quando forem articulados pelos atores do processo decisório com a finalidade de informar a tomada de decisão.

Neste estudo, por se tratar de pesquisa intencional e não probabilística, os parâmetros de análise são as informações institucionais do Poder Público concernentes ao estabelecimento, manutenção e funcionamento das equipes de Saúde da Família atrelados aos dados pertinentes ao quantitativo de médicos em atividade no país, bem como indicadores sociais relevantes para a pesquisa, tais como aqueles afetos às áreas de saúde, formação médica, quantitativo populacional, entre outros.

Dentro desta perspectiva, o indicador social constitui o elo “entre modelos explicativos da Teoria Social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados”. (JANNUZZI, 2012, p. 22). Pela “perspectiva programática, o indicador social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e de reformulação de políticas públicas” (JANNUZZI, 2012, p. 22). Este instrumento permite “traduzir em cifras tangíveis e operacionais várias das dimensões relevantes específicas e dinâmicas da realidade social” (JANNUZZI, 2012, p. 21). Por isso, são eficientes na atividade de “subsidiar o planejamento público e a formulação de políticas sociais” (JANNUZZI, 2012, p. 22), bem como são insumos básicos e indispensáveis a todo o ciclo da política pública.

Aqui, a análise dos indicadores permite a realização de estudos comparativos. O agrupamento de dados, quantitativos e qualitativos, subsidiam o melhor caminho para adequar a alocação de médicos na Atenção Básica de Saúde, porquanto os dados permitem inferir que o problema reside em critérios distributivos destes profissionais no âmbito da saúde pública brasileira.

O fato de os dados coletados serem de fontes distintas possibilita traçar cenários, perspectivas, tendências e projeções sobre a Atenção Básica de Saúde em âmbito nacional a partir de cruzamentos. Todavia, quanto ao banco de informações em referência, não serão realizadas abordagens no sentido de discutir a qualidade e a confiabilidade destas informações, sendo recomendável reconhecer a existência de limitações das próprias bases de dados consultadas, pois estas dependem de alimentação e atualização a ser realizada pelos órgãos detentores e responsáveis pela gestão dos dados, os quais não estão imunes a incorreções.

Para fins de quantificação dos médicos necessários para suprir a Atenção Básica de Saúde são ponderados os seguintes dados: *i*) médicos ativos em âmbito nacional; *ii*) equipes existentes de Saúde da Família; *iii*) projeção de equipes de Saúde da Família recomendada pela Portaria nº 2.488/2011-MS; *iv*) equipes de Saúde da Família necessárias ao atendimento da população nacional, as quais resultam da diferença entre as equipes existentes e recomendadas de Saúde da Família.

Os coeficientes técnicos de alocação dos recursos humanos da área médica às equipes de Saúde da Família existentes e projetadas em relação ao total de pessoas potencialmente usuárias caracteriza-se, segundo Jannuzzi (2012), como indicadores de provimento de recursos e serviços para atendimento à saúde (indicadores-insumo). Tais indicadores “revelam o esforço despendido nos programas voltados à saúde pública, não o resultado efetivo dos mesmos. Esse é um detalhe não trivial que perpassa muitas vezes a avaliação de políticas na área de saúde e em outras áreas” (JANNUZZI, 2012, p. 89). A escala de atendimento potencial, no caso em exame, é estabelecida pela Portaria nº 2.488/2011-MS, segundo a qual um médico, vinculado à equipe de Saúde da Família, está habilitado a atender uma população de três mil (3.000) habitantes, podendo atingir o patamar de quatro mil (4.000) habitantes.

Para fins de contagem foram considerados os dados e indicadores fornecidos pelas seguintes fontes consultadas: Conselho Federal de Medicina, IBGE, DATASUS e Atlas Brasil, além das informações provenientes da Nota Técnica nº 967/2016-

DEPREPS/SGTES/MS (CFM, 2016; BRASIL, 2016h; 2016d; ATLAS BRASIL, 2016; BRASIL, 2016g). Desta feita, são utilizadas as seguintes variáveis: médicos ativos; número de equipes de Saúde da Família (existentes, recomendadas e necessárias), indicadores populacionais (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), população), indicadores relativos ao Programa Mais Médicos (profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil), conforme detalhado no Quadro 2.

Atente-se que para Jannuzzi (2012, p. 22), referidas fontes de dados são compreendidas como estatísticas públicas, as quais “correspondem ao dado social na sua forma bruta, não inteiramente contextualizado em uma Teoria Social ou em uma Finalidade Programática, só parcialmente preparado para uso na interpretação empírica da realidade”. As estatísticas públicas “são úteis para a construção de indicadores que permitam uma apreciação mais contextualizada e comparativa (no tempo espaço) da realidade social” (JANNUZZI, 2012, ps. 22-23). Por isso, os dados censitários, as estimativas amostrais e os registros administrativos, na qualidade de estatísticas públicas, são compreendidos como a matéria-prima destinada à construção de indicadores sociais. Dentro deste contexto, a construção de indicadores está limitada às estatísticas públicas utilizadas.

Aqui, a proposição metodológica explicitada permite mensurar dados que tornam possível, além da análise da Atenção Básica de Saúde, uma discussão crítica sobre os rumos da saúde pública brasileira em relação à formação de recursos humanos para a área médica vis-à-vis à universalização de atendimento do nível primário de atenção à saúde. A possibilidade de desagregar geograficamente os dados, por Município, constitui um diferencial relevante que permite a análise dos dados de forma a observar as diversas regiões nacionais e suas respectivas peculiaridades locais. Isto confere um nível de detalhamento e alcance profundo quanto à identificação da situação vivenciada no plano nacional quanto ao cumprimento dos objetivos políticos traçados pelas diversas esferas de governo.

As características das bases de dados nacionais utilizadas estão descritas no Quadro 2, as quais foram cruzadas de diferentes formas com o objetivo de realizar uma análise ampliada sobre o quantitativo de médicos ativos no país e os meios possíveis de distribuição de parte destes profissionais junto à Atenção Básica de Saúde. Com isso, os dados obtidos de diferentes bases são harmonizados e correlacionados com a finalidade

de encontrar um ponto convergente sobre a distribuição dos médicos de acordo com as necessidades locais no âmbito nacional.

QUADRO 2 - SÍNTESE DAS BASES DE DADOS NACIONAIS UTILIZADAS NA PESQUISA

Bases consultadas	Descrição	Cruzamentos	Âmbito de Análise e Variáveis	Limitações
Conselho Federal de Medicina (CFM): Possui atribuições constitucionais de registro profissional, fiscalização e normatização da prática médica. Dados agrupados dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs).	Os dados são compulsórios. Todos os médicos em atividade devem estar registrados em nível estadual pelos CRMs e são recadastrados periodicamente.	- Evolução do quantitativo de médicos com inscrição principal ativa; - Evolução do quantitativo de médicos com inscrição principal ativa por mil habitantes; - Projeção do quantitativo de médicos recomendados para a atenção primária de saúde. - Comparativo do percentual de crescimento entre população, médicos e eSF.	União e Estados. Número de inscrições primárias e secundárias ativas por ano e por Estado.	Impossibilidade de identificar o Município de atividade profissional do médico.
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Identifica e analisa o território brasileiro, conta a população, demonstra a evolução da economia, evidencia como as pessoas vivem.	Dados estatísticos e cartográficos nacionais, referentes às divisões político-administrativa, regionais e setoriais do território.	- Municípios por faixas de eSF; - Municípios com IDHM muito baixo ou baixo por faixas de eSF; - Evolução do quantitativo de médicos com inscrição principal ativa; - Evolução do quantitativo populacional; - Evolução do quantitativo de médicos com inscrição principal ativa por mil habitantes; - Projeção do quantitativo de médicos recomendados para a atenção primária de saúde. - Comparativo do percentual de crescimento entre população, médicos e eSF.	União, Estados e Municípios. População estimada; Municípios; Estruturas Territoriais	Informações populacionais estimadas de acordo com os critérios estabelecidos pelo IBGE
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS): Provém os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle.	Indicadores de Saúde que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde.	- Municípios por faixas de eSF; - Municípios com IDHM muito baixo ou baixo por faixas de eSF; - Projeção do quantitativo de médicos recomendado para a atenção primária de saúde. - Comparativo do percentual de crescimento entre população, médicos e eSF.	União, Estados e Municípios. eSF	Informações sobre eSF por Município disponibilizada sem a origem dos médicos integrantes.
Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Atlas Brasil): oferece um panorama do desenvolvimento humano e da desigualdade interna dos Estados, regiões metropolitanas e Municípios.	Disponibiliza consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) dos Municípios brasileiros e das Unidades da Federação (UF)	- Municípios com IDHM muito baixo ou baixo por faixas de eSF.	União, Estados e Municípios. IDHM	O documento mais recente, referente ao IDHM foi elaborado em 2013, com dados extraídos do Censo Demográfico de 2010.
Nota Técnica 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS: Resposta à consulta formuladas por intermédio do E-SIC sob protocolo 1863111 pertinente ao PMM.	Disponibiliza o quantitativo de pós-graduandos participantes do PMM, além de outros critérios como localização geográfica e permanência no curso.	- Composição das eSF.	União, Estados e Municípios. Pós-graduandos - PMM	Em relação àqueles desvinculados do programa, não informa a atividade desempenhada durante o período em que estiveram vinculados.

Fonte: A Autora (2017), com base em: BRASIL, 2016d; 2016g e 2016h; ATLAS BRASIL, 2016; CFM, 2016.

O estudo de projeção médica ativa, populacional e de equipes de Saúde da Família pautou-se em séries temporais pertinentes aos anos de 2011 a 2015, com a finalidade de evidenciar a evolução de cada uma destas bases e identificar o quantitativo de médicos recomendado para atender às necessidades populacionais no que tange ao acesso aos serviços básicos de saúde acima de 75% da proporção considerada ideal. A eleição deste período (2011 a 2015) decorre da vigência do Programa Mais Médicos iniciada no ano de 2013, cujo retrocesso ao ano de 2011 permite inferir os impactos decorrentes da implementação deste Programa na Atenção Básica de Saúde, bem como analisar os reflexos dele decorrentes nos anos subsequentes (BRASIL, 2013c).

Conquanto cada profissional médico possa registrar-se em mais de uma Unidade Federativa (UF) e exercer mais de uma especialidade, para fins deste estudo considerou-se apenas o registro principal ativo, independentemente da existência de especialidade titulada, da especialidade contratada por eventual ente empregador, ou se o profissional atua como generalista, como autoriza o artigo 3º da Resolução do Conselho Nacional da Educação (CNE) nº 3/2014, segundo a qual “o graduado em medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, no âmbito individual e coletivo” (BRASIL, 2014c, art. 3º, p. 08). Além disso, pressupõe-se que o graduado atuará profissionalmente com “responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano, e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença” (BRASIL, 2014c, art. 3º, p. 08).

Cabe reiterar que o critério empregado no estudo pertinente ao quantitativo de médicos seguiu duas premissas: a primeira, referente aos profissionais ativos por mil (1.000) habitantes, enquanto critério usualmente empregado por diversos países para aferir a quantidade de médicos disponíveis para a população; e, a segunda, consistente no número de médicos considerado adequado para atender a Atenção Básica de Saúde, representada pela razão de um médico ativo para cada três mil (3.000) habitantes, conforme determinado pela Portaria nº 2.488/2011-GM/MS.

Os coeficientes utilizados neste estudo seguem critérios normativos e destoam, em parte, o comumente empregado na área da saúde, que vinculam profissionais ou equipamentos físicos por mil habitantes, a exemplo de “médicos por mil habitantes;

enfermeiros por mil habitantes; dentistas por mil habitantes; leitos hospitalares por mil habitantes (discriminados ou não por especialidades)” (JANNUZZI, 2012, p. 90).

Os registros mantidos pelo DATASUS também foram utilizados como parâmetro. Ditos registros permitiram identificar os quantitativos de equipes de Saúde da Família por Município e populacionais, além dos critérios de distribuição geográfica e estimativa populacional estabelecidos pelo IBGE e do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal disponibilizado pelo Atlas Brasil. Por sua vez, a Nota Técnica nº 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS subsidiou o constructo de indicadores pertinentes ao quantitativo de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil atuantes nas equipes de Saúde da Família.

Atente-se que todos estes dados são compreendidos como estatísticas públicas, pois compõem, à exceção da Nota Técnica nº 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS, um “conjunto de dados sociais, demográficos e econômicos coletados, compilados e disponibilizados regularmente, pelas agências ligadas ao Planejamento Governamental e a outras instituições públicas para a sociedade civil, governo e empresas” (JANNUZZI, 2012, p. 147). Isto é, correspondem “aos dados provenientes de Censos Demográficos, pesquisas amostrais e registros administrativos produzidos pelo IBGE, órgãos estaduais de estatística, Ministérios, Secretarias de Estado e Prefeituras” (JANNUZZI, 2012, p. 147).

Especificamente no que se refere aos dados geridos pelo DATASUS, cumpre observar que não há informação sobre a forma de contratação de cada um dos profissionais que integram ou integraram as equipes de Saúde da Família durante o período analisado. Seguindo-se a repartição de competência, mencionado no item ‘4.1.1’ desta tese, a contratação está afeta a critérios discricionários de cada Município. Porém, uma vez admitido o médico para integrar a equipe de Saúde da Família, este profissional deverá atender aos preceitos da Estratégia da Saúde da Família, explicitados na Portaria nº 2.488/2011-GM/MS. Isto não ocorre em relação aos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, os quais devem obediência à Lei nº 12.871/2013 que regulamenta o Programa Mais Médicos.

Ainda, com a finalidade de sistematizar a análise, apresenta-se o Quadro 3 que contém uma síntese da quantidade de equipes de Saúde da Família existente; do número de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil identificados na Nota Técnica em referência; e, do número de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil

efetivamente considerados para análise da composição das equipes de Saúde da Família existentes.

Embora não se pretenda discorrer sobre a qualidade e a confiabilidade das informações oriundas dos dados secundários utilizados neste estudo, constatou-se divergência entre as bases mantidas pelo DATASUS e aquelas utilizadas para a confecção da Nota Técnica 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS. Verificou-se que o número de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil integrantes da Estratégia Saúde da Família referidos na Nota Técnica 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS superou o número de equipes de Saúde da Família divulgado pelo DATASUS em relação ao período analisado (BRASIL, 2016d e 2016g).

Para fins de padronização dos dados, optou-se por limitar o número de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil integrantes da Estratégia Saúde da Família à quantidade de equipes de Saúde da Família divulgado pelo DATASUS a nível municipal. O Quadro 3 condensa, em nível estadual, a quantidade de Municípios que apresentaram número de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil integrantes da Estratégia Saúde da Família superior ao número de equipes de Saúde da Família do próprio Município divulgado pelo DATASUS.

QUADRO 3 - SÍNTESE DOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL LIMITADOS À QUANTIDADE DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA MUNICIPAL POR ESTADO

U.F.	2013				2014				2015			
	Quantidades de eSF	Participantes PMMB informados	Participantes PMMB considerados	Municípios com Participantes PMMB superior a eSF	Quantidades de eSF	Participantes PMMB informados	Participantes PMMB Considerados	Municípios com Participantes PMMB superior a eSF	Quantidades de eSF	Participantes PMMB informados	Participantes PMMB Considerados	Municípios com Participantes PMMB superior a eSF
Acre	64	53	41	7	81	100	65	13	80	114	63	14
Alagoas	141	89	40	26	141	136	59	38	157	159	74	44
Amapá	50	49	41	7	85	87	69	11	84	87	67	12
Amazonas	222	138	86	26	254	220	144	28	269	273	172	35
Bahia	834	591	349	148	946	1015	585	183	1005	1186	680	213
Ceará	611	433	298	58	739	738	505	82	758	956	614	107
Distrito Federal	173	2	2	0	183	7	7	0	189	13	13	0
Espírito Santo	214	60	59	1	265	241	173	26	288	291	206	33
Goiás	298	116	77	24	324	360	182	90	357	455	231	96
Maranhão	628	289	193	49	719	443	314	61	750	499	353	67
Mato Grosso	171	18	15	2	174	131	48	54	192	151	73	59
Mato Grosso do Sul	7	46	-	23	24	151	16	52	27	164	18	52
Minas Gerais	1.950	329	231	74	2216	958	686	180	2263	1119	802	194
Pará	441	215	103	51	511	334	201	62	576	429	279	67
Paraíba	81	98	13	56	106	180	34	76	109	259	60	100
Paraná	682	188	110	26	867	696	453	140	958	764	539	134
Pernambuco	511	322	169	66	553	506	243	85	583	628	301	96
Piauí	124	148	59	60	133	248	78	96	120	274	77	109
Rio de Janeiro	931	168	161	3	1130	403	336	24	1146	489	411	28
Rio Grande do Norte	53	87	23	49	75	164	34	69	78	211	54	78
Rio Grande do Sul	598	242	140	49	840	726	469	168	970	812	595	155
Rondônia	130	52	43	9	188	209	138	23	216	240	182	27
Roraima	56	35	26	6	62	77	55	10	67	87	61	10
Santa Catarina	575	142	81	42	651	352	219	93	678	386	243	98
São Paulo	1.877	436	308	34	2576	1684	1269	133	2773	1808	1515	130
Sergipe	145	59	42	9	171	116	82	19	169	140	92	26
Tocantins	88	58	29	23	111	84	49	27	113	103	59	33
Brasil	11.655	4.463	2.739	928	14.125	10.366	6.513	1.843	14.975	12.097	7.834	2.017

FONTE: A Autora (2017) com base em: Brasil (2016d; 2016g e 2016h); Atlas Brasil (2016); e CFM (2016).

A adequação apresentada no Quadro 3 implica afirmar que, em relação ao último ano analisado (2015), o Projeto Mais Médicos para o Brasil aponta a existência de 12.097 participantes vinculados à Estratégia Saúde da Família. Porém, apenas 7.834 foram considerados para análise em razão da limitação apresentada pelo DATASUS pertinente ao quantitativo existente de equipes de Saúde da Família em cada Município. Desta feita, a padronização reside na desconsideração de 4.263 participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que, embora estejam identificados como vinculados à Estratégia Saúde da Família, ultrapassam o número de equipes existentes registradas nos sistemas do DATASUS (BRASIL, 2016d; 2016g).

A Nota Técnica 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS ainda não dispõe da informação quanto à eventual vinculação de 3.787 profissionais participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil à Estratégia Saúde da Família, os quais foram desligados durante a vigência do Programa Mais Médicos, no período compreendido desde o início de sua implementação, no ano de 2013, até o final do ano de 2015. Para fins de conformação dos dados, foi desconsiderada a informação pertinente aos desligamentos ocorridos no ano de 2016, por extrapolar o período analisado.

Por esta razão, os resultados esperados não devem ser tomados como conclusões finais e definitivas sobre o tema, especialmente pela constante mudança vivenciada no contexto global da política sanitária nacional para atender as diretrizes constitucionais e pela condição peculiar do país que, por força de sua extensão, apresenta grandes divergências sobre a realidade individual de cada Município. Serão estas as bases orientadoras para avaliar a estrutura atual da Atenção Básica de Saúde.

5.2 ANÁLISE DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA ÁREA MÉDICA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE POR REGIÃO BRASILEIRA

O escopo desta subseção é representar, graficamente, a composição dos recursos humanos em saúde na área médica que integra a Atenção Básica de Saúde, mediante a construção de indicadores analíticos. Não serão investigadas variáveis endógenas e comportamentais tanto dos profissionais médicos quanto da população.

A contagem da proporção de médicos por mil habitantes e a fixação de um profissional para cada grupo de três mil (3.000) pessoas, ambas estabelecidas pelo Poder Público, se apresenta como a forma mais adequada e útil não só para demonstrar

desigualdades e fazer comparações, como também realizar projeções dentro da heterogeneidade vivenciada em toda a extensão territorial brasileira. Isto permite avaliar a Atenção Básica de Saúde pela perspectiva da Estratégia Saúde da Família e do Programa Mais Médicos, bem como orientar o processo decisório para a formulação de novas ações práticas voltadas a efetivar a cobertura universal de saúde neste setor relativa aos recursos humanos em saúde na área médica.

A análise que se segue decorre da apreciação de dados relativos aos anos de 2011 a 2015, de âmbito nacional fornecidos pelo IBGE e pelo DATASUS, pertinentes à população estimada por Município (BRASIL, 2016d; 2016h). O DATASUS ainda disponibiliza o número de equipes de Saúde da Família e de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil para a série temporal referida (BRASIL, 2016d; 2016g). Como já referido anteriormente, na *subseção '4.1'*, a eleição deste período (2011 a 2015) decorre da vigência do Programa Mais Médicos iniciada no ano de 2013, cujo retrocesso ao ano de 2011 permite inferir os impactos decorrentes da implementação deste Programa na Atenção Básica de Saúde, bem como analisar os reflexos dele decorrentes nos anos subsequentes.

Para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo foram utilizados os últimos dados publicados pelo Atlas Brasil, disponibilizado no ano de 2013, com base no censo demográfico de 2010 (ATLAS BRASIL, 2016). Por fim, foi considerado o número de médicos com inscrição principal ativa junto ao Conselho Federal de Medicina, obtido a partir de consulta realizada pela pesquisadora ao Portal da Transparência a cargo do referido Conselho (CFM, 2016).

Para análise, considerou-se a proporção ideal de equipes de Saúde da Família recomendada pela Portaria nº 2.488/2011-MS para o fornecimento de acesso aos serviços de Atenção Básica de Saúde no âmbito dos Municípios, qual seja, uma equipe de Saúde da Família para cada três mil (3.000) pessoas, sendo que cada equipe para entrar em atividade, deve contemplar em seus quadros um médico com carga horária total de quarenta horas semanais (BRASIL, 2011a). Seguindo esta recomendação do Poder Público e, com base na população estimada, realizou-se a projeção de equipes de Saúde da Família recomendadas para atender a proporção médica exigida pela Portaria 2.488/2011/MS.

Foram realizadas comparações entre o montante recomendado e a quantidade existente de equipes de Saúde da Família, classificando-se os Municípios por faixas de

atendimento. As faixas de classificação dos Municípios, definidas pela autora, considerou o percentual atingido da relação entre equipes de Saúde da Família existentes e equipes de Saúde da Família recomendadas, sendo:

- **Faixa 1:** Percentual de atendimento menor ou igual a vinte e cinco por cento (25%) das equipes de Saúde da Família recomendadas;
- **Faixa 2:** Percentual de atendimento maior que vinte e cinco por cento (25%) e menor ou igual a cinquenta por cento (50%) das equipes de Saúde da Família recomendadas;
- **Faixa 3:** Percentual de atendimento maior que cinquenta por cento (50%) e menor ou igual a setenta e cinco por cento (75%) das equipes de Saúde da Família recomendadas;
- **Faixa 4:** Percentual de atendimento maior que setenta e cinco por cento (75%) e menor ou igual a cem por cento (100%) das equipes de Saúde da Família recomendadas;
- **Faixa 5:** Percentual de atendimento superior a cem por cento (100%) das equipes de Saúde da Família recomendadas.

Para estabelecer a pesquisa analítica, os Municípios de cada Estado foram agrupados em regiões geográficas, conforme divisão estabelecida pelo IBGE, quais sejam: Região Norte; Região Nordeste; Região Centro-Oeste; Região Sudeste; e Região Sul (BRASIL, 2016h). Para cada região foram elaborados oito gráficos que observaram o critério temporal da pesquisa, correspondente ao período de 2011 a 2015, quais sejam:

i) Quantidade de Municípios por faixa de atendimento de equipes de Saúde da Família recomendadas: Este indicador destinou-se a classificar cada um dos Municípios, agrupados primeiramente por região e, posteriormente, classificando-os em nível nacional, dentro das cinco faixas de atendimento referidas acima (Faixa 1 $\leq 25\%$; Faixa 2 $> 25\%$ e $\leq 50\%$; Faixa 3 $> 50\%$ e $\leq 75\%$; Faixa 4 $> 75\%$ e $\leq 100\%$; e Faixa 5 $> 100\%$), considerando-se as relações entre o montante recomendado e a quantidade existente de equipes de Saúde da Família. Tal mensuração sedimentou-se nas estruturas territoriais estabelecidas pelo IBGE e nos dados disponibilizados pelo DATASUS pertinentes ao número de equipes de Saúde da Família existentes (BRASIL, 2016h; 2016d). Para estabelecer o número de equipes de Saúde da Família recomendadas utilizou-se a relação

entre a população estimada de cada Município, disponibilizada pelo IBGE e a quantidade recomendada pelo Poder Público por meio da Portaria nº2.488/2011-GM/MS (BRASIL, 2016h; 2011a);

ii) Quantidade de Municípios por faixa de atendimento de equipes de Saúde da Família recomendadas relativas aos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo: Este indicador destinou-se a replicar a análise apresentada no item anterior (item ‘i’) considerando-se apenas os Municípios com IDHM muito baixo ou baixo, seguindo a classificação estabelecida pelo Atlas Brasil (2016);

iii) Quantidade de médicos ativos: A construção deste indicador pautou-se nos dados disponibilizados pelo Conselho Federal de Medicina, considerando-se a inscrição principal ativa dos médicos por Estado da Federação, cujos dados foram agrupados primeiramente por região e, posteriormente classificados em nível nacional. Cabe destacar que este é o único indicador que não pode ser segregado por Município em razão da forma de registro perante os Conselhos Regionais de Medicina que delimita o âmbito de atividade do médico dentro de cada uma das Unidades Federativas, considerando a inscrição principal como aquela onde o profissional preponderantemente desenvolve suas atividades (BRASIL, 2016h; CFM, 2016);

iv) População estimada: Este indicador está ancorado nos dados populacionais disponibilizados pelo IBGE e pelo DATASUS. Considerou-se os dados populacionais estimados de cada um dos Municípios, os quais foram aglutinados seguindo-se as estruturas territoriais do IBGE e, posteriormente agrupadas em nível nacional (BRASIL, 2016h; 2016d);

v) Relação de médicos por mil (1.000) habitantes: Este indicador é obtido por meio da proporção do indicador de quantidade de médicos ativos (referido no item ‘iii’) e o indicador da população estimada (referido no item ‘iv’), multiplicado por mil (1.000). Os dados foram agrupados primeiramente por região e, posteriormente classificados em nível nacional (BRASIL, 2016d; 2016h; CFM, 2016);

vi) Quantidade de médicos necessários para que cada Município atinja a classificação mínima da Faixa 4: O referido indicador foi calculado considerando-se a diferença entre as equipes de Saúde da Família recomendadas pelo Poder Público, por meio da Portaria nº 2.488/2011-GM/MS, e as equipes de Saúde da Família existentes. Para tanto, utilizou-se a relação entre a população estimada de cada Município, disponibilizada pelo IBGE, e a quantidade recomendada pelo Poder Público por meio da

Portaria nº 2.488/2011-GM/MS (BRASIL, 2016h; 2011a). O número de equipes de Saúde da Família recomendado segue a determinação contida na Portaria nº 2.488/2011-GM/MS que exige a participação de um médico para compor uma equipe de Saúde da Família. Assim, o número de médicos necessários para atender acima de 75% da população equivale ao número de equipes de Saúde da Família necessárias, cujos dados foram agrupados inicialmente por região e, posteriormente classificados em nível nacional (BRASIL, 2016h; 2011a; 2016d; CFM, 2016);

vii) Evolução do quantitativo de equipes de Saúde da Família existentes: Este indicador está ancorado nas informações geridas pelo DATASUS pertinente às equipes de Saúde da Família. Para sua construção, considerou-se o número de equipes de Saúde da Família cadastrado na base de dados do DATASUS, segregados por Municípios e, posteriormente aglutinados seguindo-se as estruturas territoriais do IBGE e, na sequência em nível nacional (BRASIL, 2016d; 2016h);

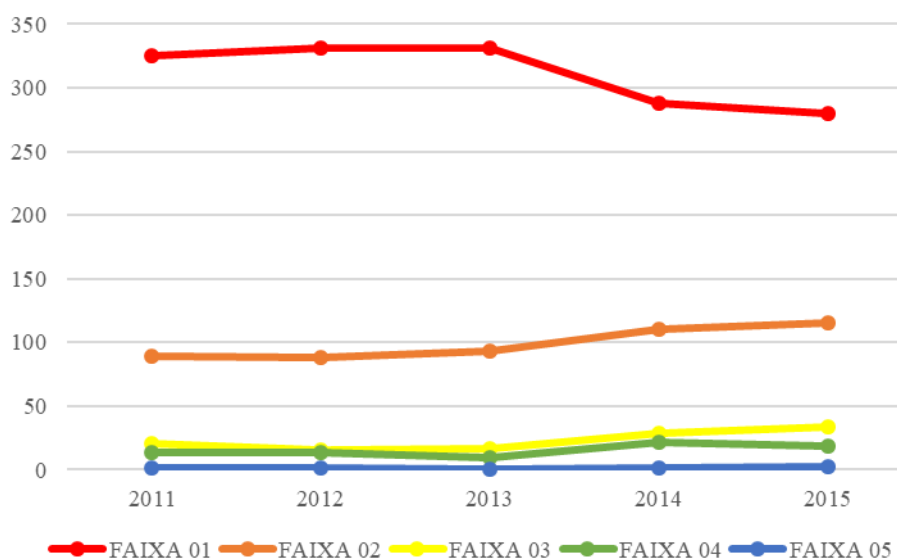
viii) Composição das equipes de Saúde da Família existentes: A construção deste indicador partiu do indicador referido no item *iv*, acima, bem como observou os dados disponibilizados pela Nota Técnica nº 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS que informa o número de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil que integram a Estratégia Saúde da Família. Nesta análise as equipes de Saúde da Família de cada um dos Municípios foram segregadas entre médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e não participantes. Observa-se que nesta construção o número excedente de médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil em comparação às equipes de Saúde da Família cadastradas perante o DATASUS foi desconsiderado. Isto se deve à possibilidade de uma equipe da Saúde da Família poder ser capitaneada por dois profissionais médicos, cada qual perfazendo uma jornada de vinte horas (20h) de atividade profissional. Esta subtração está referida no Quadro 3 e está em sintonia com a Portaria nº 2.488/2011-GM/MS. Os dados foram aglutinados seguindo-se as estruturas territoriais do IBGE e, posteriormente agrupados em nível nacional (BRASIL, 2016d; 2016g; 2016h)

Estabelecidas as formas de construção de cada um dos indicadores que integra este estudo, os mesmos serão apresentados nas subseções seguintes.

5.2.1 Região Norte

O GRÁFICO 1 demonstra a evolução comparativa, por faixa de atendimento, entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos 450 Municípios que integram a Região Norte.

GRÁFICO 1 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	325 (72,2%)	331 (73,6%)	331 (73,6%)	288 (64,0%)	280 (62,2%)
FAIXA 02	89 (19,8%)	88 (19,6%)	93 (20,7%)	110 (24,4%)	115 (25,6%)
FAIXA 03	21 (4,7%)	16 (3,6%)	17 (3,8%)	29 (6,4%)	34 (7,6%)
FAIXA 04	14 (3,1%)	14 (3,1%)	9 (2,0%)	22 (4,9%)	19 (4,2%)
FAIXA 05	1 (0,2%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	2 (0,4%)
Total	450	450	450	450	450

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

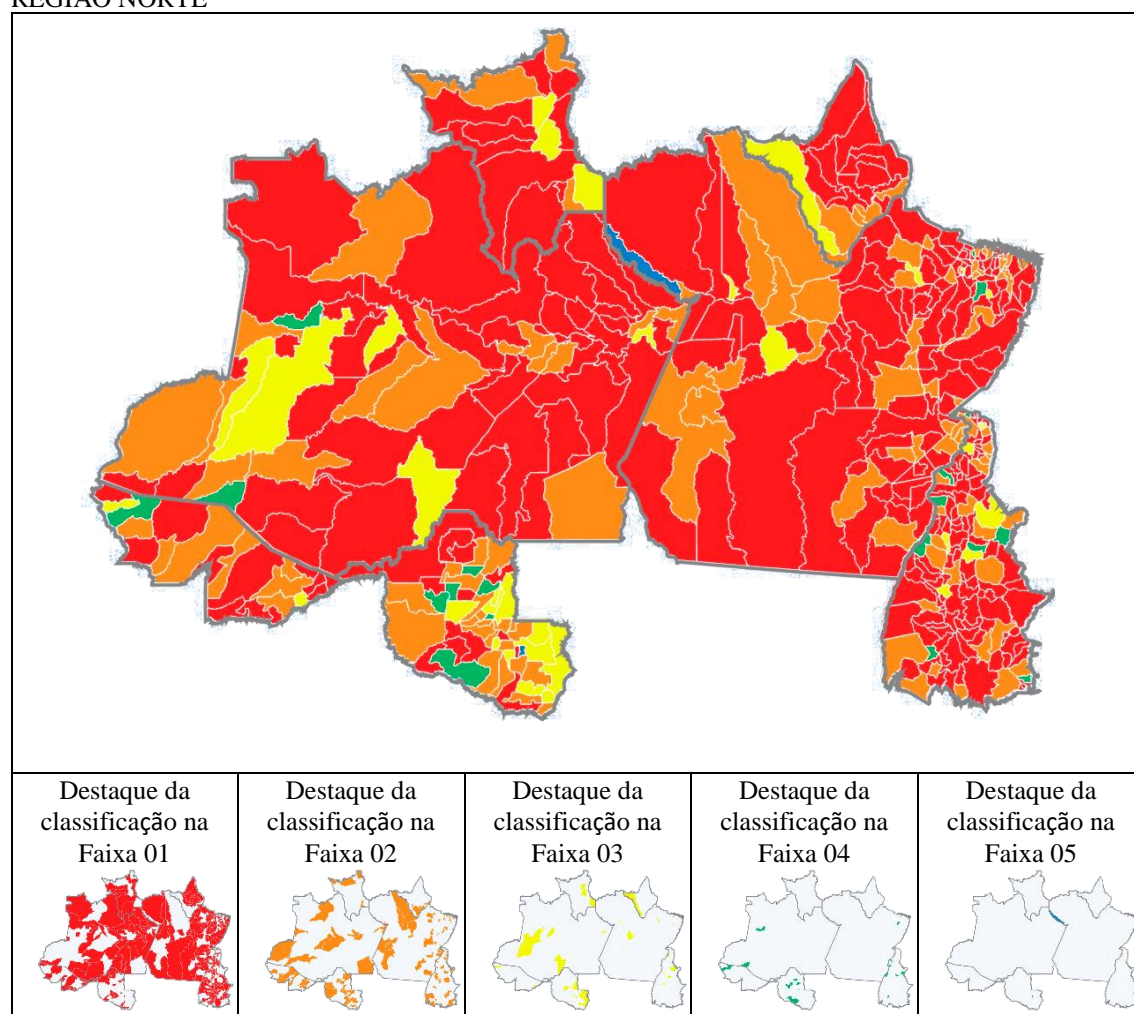
Para a Faixa 1 houve uma redução de 325 Municípios para 280 no período analisado (2011-2015). Portanto, no ano de 2011, 72,2% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 62,2% no ano de 2015, com uma melhora significativa em relação às demais faixas, principalmente a partir do ano de 2014. Para a Faixa 2 partiu-se de 89 Municípios em 2011 para 110 em 2014 e 115 no ano de 2015, o que corresponde, respectivamente a 19,8%, 24,4% e 25,6% do total dos Municípios desta região.

A Faixa 3, que era contemplada com 21 Municípios no ano de 2011, teve um salto para 34 Municípios no ano de 2015. Este quantitativo representava, no ano de 2011, 4,7% dos Municípios da região e passou para 7,6% no ano de 2015. A Faixa 4, composta

por 14 Municípios no ano de 2011, passou a ser integrada por 19 Municípios no ano de 2015, representando 3,1% e 4,2%, respectivamente. Embora a Faixa 5 tenha dobrado o número de Municípios no período analisado, esta evolução foi pouco significativa para o contexto da região, uma vez que havia apenas 1 Município nesta condição em 2011 e 2 no ano de 2015, o que representa 0,2% e 0,4% da integralidade dos Municípios da Região Norte, respectivamente.

Portanto, para a Região Norte, seguindo-se as diretrizes traçadas pela Portaria 2.488/2011-MS, no ano de 2015 e mesmo diante de todas as políticas de saúde indutivas, 95,3% dos Municípios estão abaixo do percentual de 75% de equipes de Saúde da Família recomendado para atuar na Atenção Básica de Saúde. Ressalte-se que mais de 87% destes Municípios estão abaixo de 50% da meta estipulada de equipes de Saúde da Família para atendimento da população.

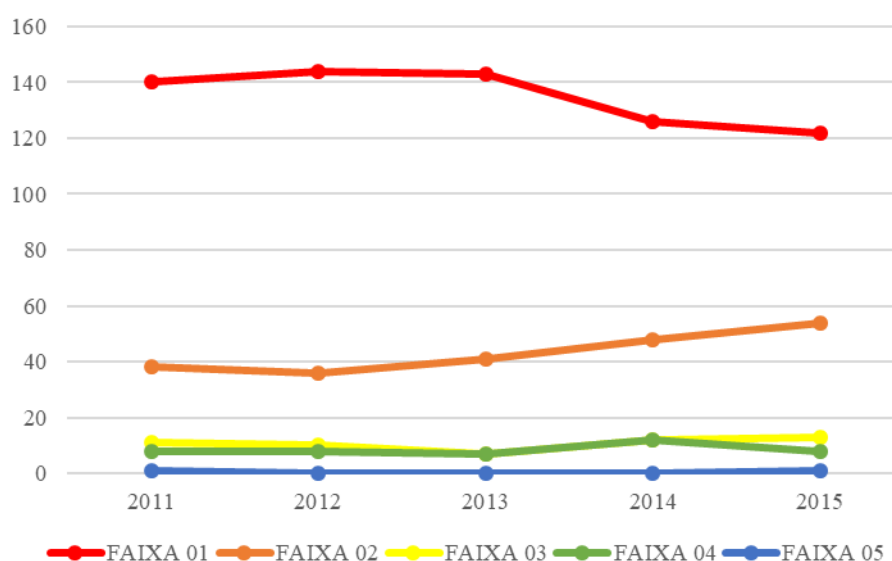
FIGURA 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO NORTE



Fonte: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

A FIGURA 1 apresenta, graficamente, a classificação dos Municípios que integram a Região Norte por faixas de atendimento de equipes de Saúde da Família no ano de 2015. Este mapa permite visualizar a situação precária vivenciada pela região em análise ao demonstrar a predominância de Municípios classificados na Faixa 1, conforme evidenciado anteriormente na análise do GRÁFICO 1.

GRÁFICO 2 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	140 (70,7%)	144 (72,7%)	143 (72,2%)	126 (63,6%)	122 (61,6%)
FAIXA 02	38 (19,2%)	36 (18,2%)	41 (20,7%)	48 (24,2%)	54 (27,3%)
FAIXA 03	11 (5,6%)	10 (5,1%)	7 (3,5%)	12 (6,1%)	13 (6,6%)
FAIXA 04	8 (4,0%)	8 (4,0%)	7 (3,5%)	12 (6,1%)	8 (4,0%)
FAIXA 05	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Total	198	198	198	198	198

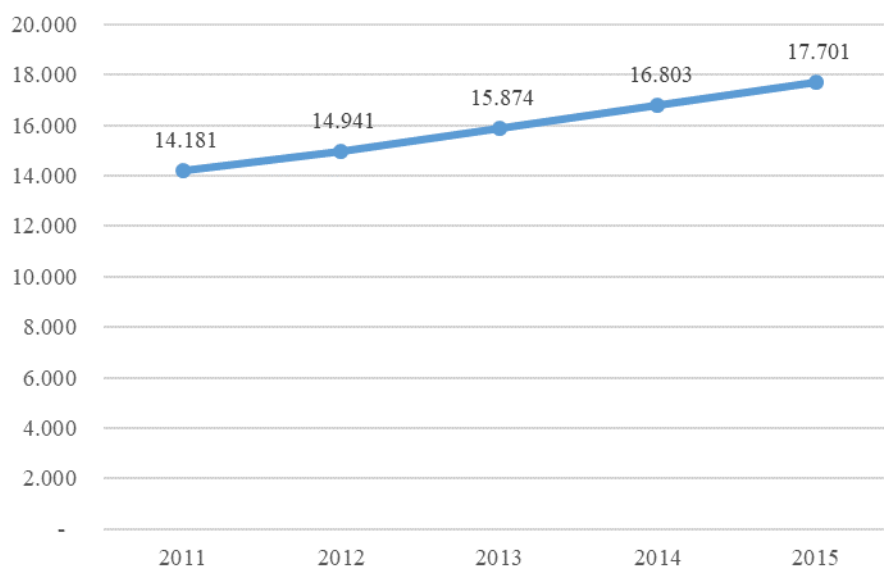
FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

O GRÁFICO 2 demonstra a evolução comparativa entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, pertencentes à Região Norte por faixa de atendimento. Nesta condição enquadram-se 198 localidades, as quais correspondem a 44% dos Municípios da região.

A evolução decorrente das políticas indutivas por parte do Estado para a implementação das equipes de Saúde da Família para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, no caso da Região Norte,

seguiu a tendência identificada para os demais Municípios que não se enquadram nesta classificação dentro desta Região. Todavia, a melhora verificada para o grupo em análise a partir do ano de 2014 mostra-se insuficiente para alterar o quadro em que se encontra a região, porquanto em 2011 178 Municípios ocupavam as Faixas 1 ou 2 e, em 2015, este número passou para 176 Municípios. Isto significa que 88,9% dos Municípios em referência permanecem abaixo de 50% do número recomendado de equipes de Saúde da Família para atendimento na Região, aplicando-se a orientação da Portaria 2.488/2011-MS.

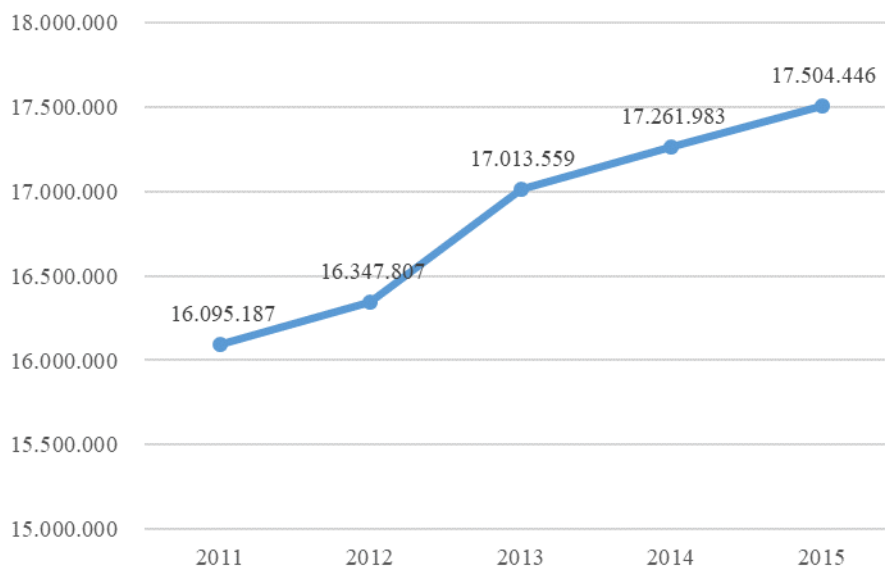
GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO NORTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016h) e CFM (2016).

Em relação aos médicos com inscrição principal ativa nos Estados que integram a Região Norte, no período de 2011 a 2015, houve um aumento de 3.520 médicos, passando de 14.181, em 2011, para 17.701 profissionais ativos no ano de 2015. Isto corresponde ao aumento de 24,8% destes profissionais com inscrição principal ativa no período analisado.

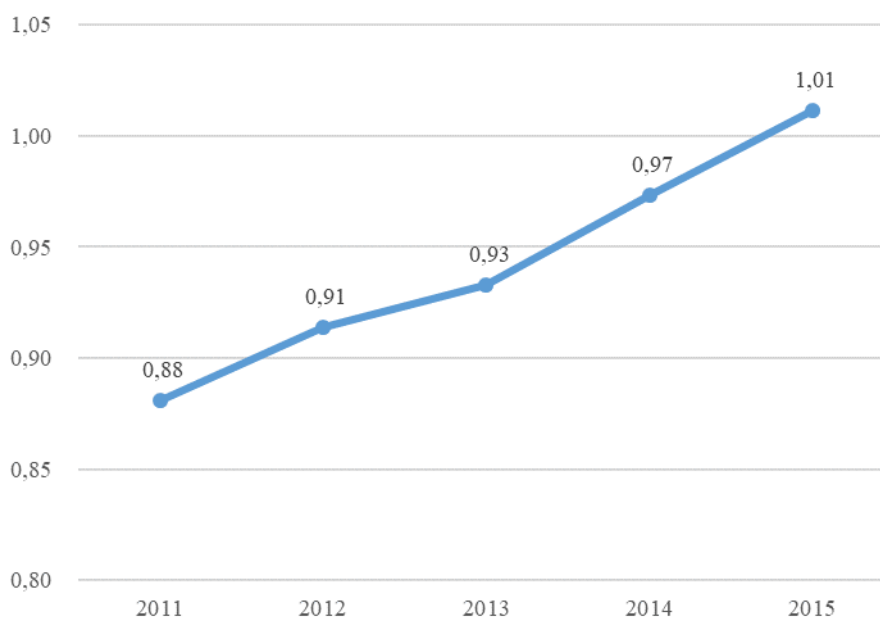
GRÁFICO 4 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO NORTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

A população estimada da Região Norte, segundo dados disponibilizados pelo DATASUS, era de 16.095.187 no ano de 2011, passando para 17.504.446 em 2015. Houve, portanto, um aumento de 1.409.259 habitantes, gerando um crescimento de 8,8% no período analisado.

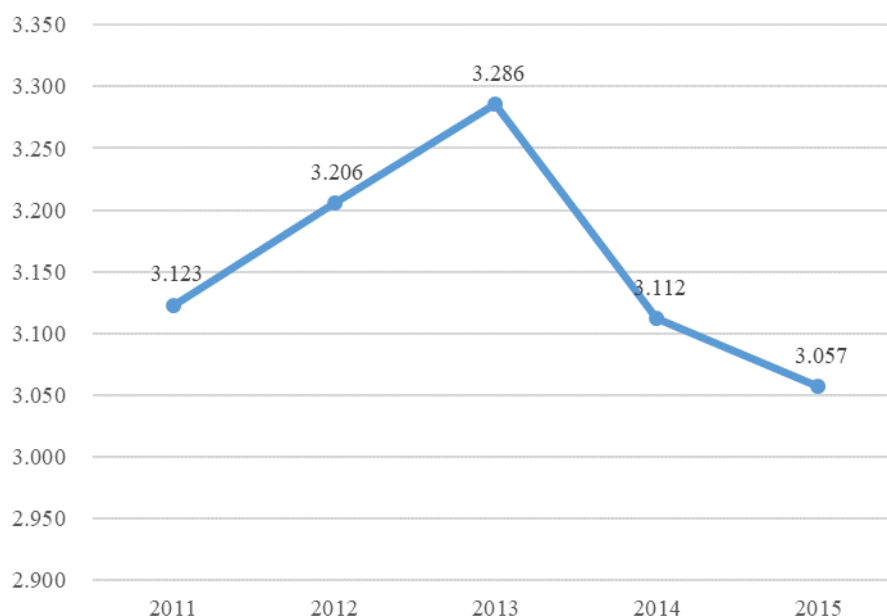
GRÁFICO 5 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO NORTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 5 demonstra a análise combinatória das variáveis do quantitativo de médicos com inscrição ativa com a estimativa populacional da Região Norte. Indica para o ano de 2011, a proporção de 0,88 médico por mil habitantes. Esta relação aumentou para 1,01 médicos por mil habitantes no ano de 2015. Apesar da melhora, a proporção encontrada revela que a Região Norte possui uma relação de médicos por mil habitantes inferior à média nacional, que se encontra no patamar de 2,05 médicos por mil habitantes para o ano de 2015, de modo que sequer é possível tangenciar o quantitativo idealizado pelos formuladores do Programa Mais Médicos de 2,7 médicos por mil habitantes.

GRÁFICO 6 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO NORTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2011a; 2016d; 2016h) e CFM (2016).

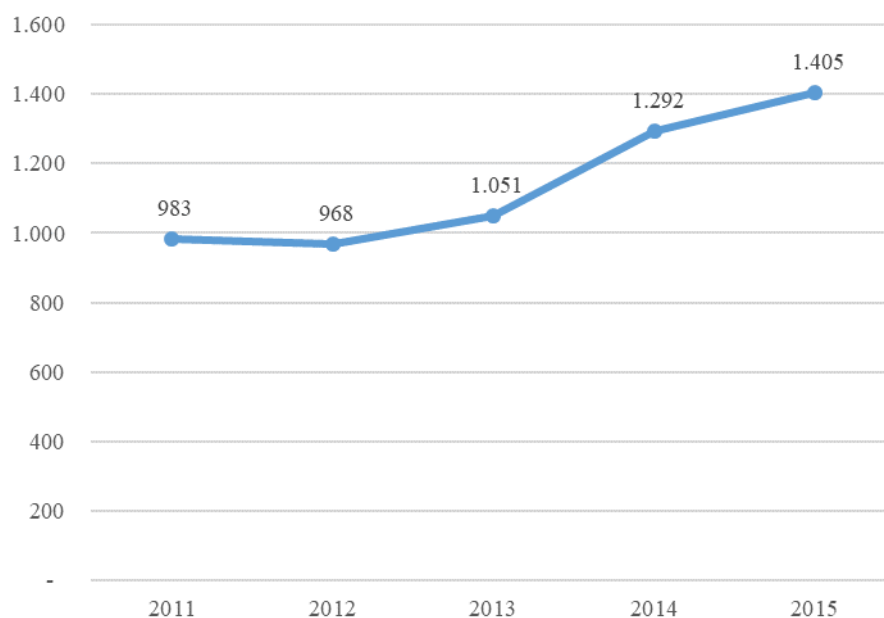
O GRÁFICO 6 demonstra a quantidade de médicos necessários para estruturar as equipes de Saúde da Família para atender acima de 75% da população da Região Norte no período analisado (2011 a 2015), considerando-se que cada equipe de Saúde da Família deve contar com um profissional médico. Em 2011 eram necessárias 3.123 equipes de Saúde da Família. Este número reduziu para 3.057 equipes no ano de 2015, revelando uma evolução de 2,1% das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, de médicos.

Apesar do número de médicos com inscrição ativa na Região Norte ter aumentado em 24,8% no período analisado, superior ao aumento populacional de 8,8%, com o acréscimo de 3.520 novos profissionais ativos, houve a redução de 66 equipes de

Saúde da Família necessárias. Isto revela o interesse destes profissionais em atuar em outras frentes de trabalho que não a Atenção Básica de Saúde.

A inferência referente ao desinteresse dos médicos em atuar nas equipes de Saúde da Família decorre da modificação do perfil dos médicos que passaram a integrá-las a partir do ano de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos. Durante o período analisado, a Região Norte contou com 983 equipes de Saúde da Família no ano de 2011, atingindo a marca de 1.405 em 2015, apresentando maior crescimento a partir do ano de 2013, como se vê no GRÁFICO 7.

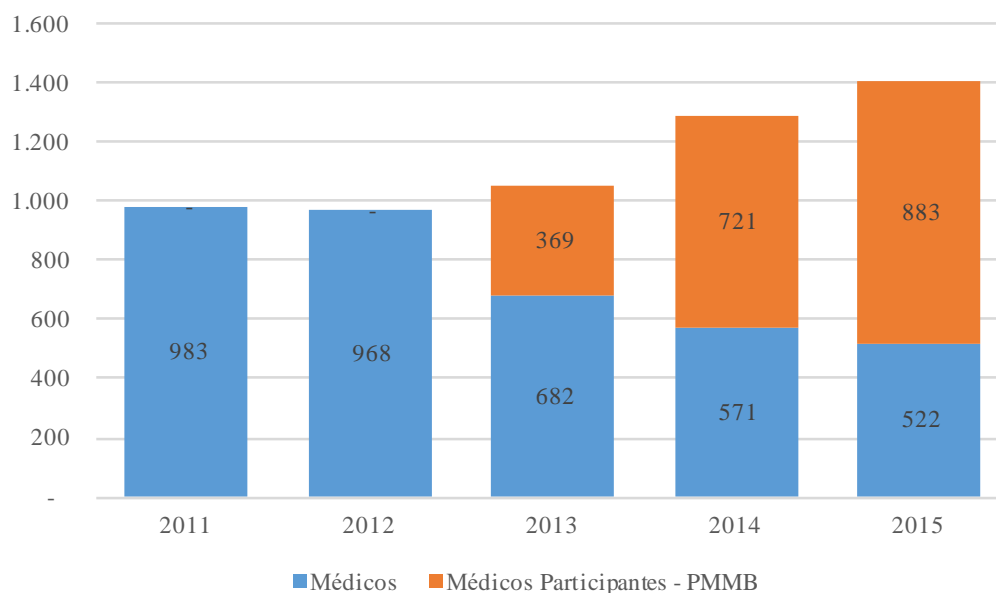
GRÁFICO 7 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO NORTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Em que pese a evolução da quantidade de equipes de Saúde da Família existente, a partir do ano de 2013, verifica-se a substituição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família pelos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como consta do GRÁFICO 8.

GRÁFICO 8 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO NORTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016g; 2016h)

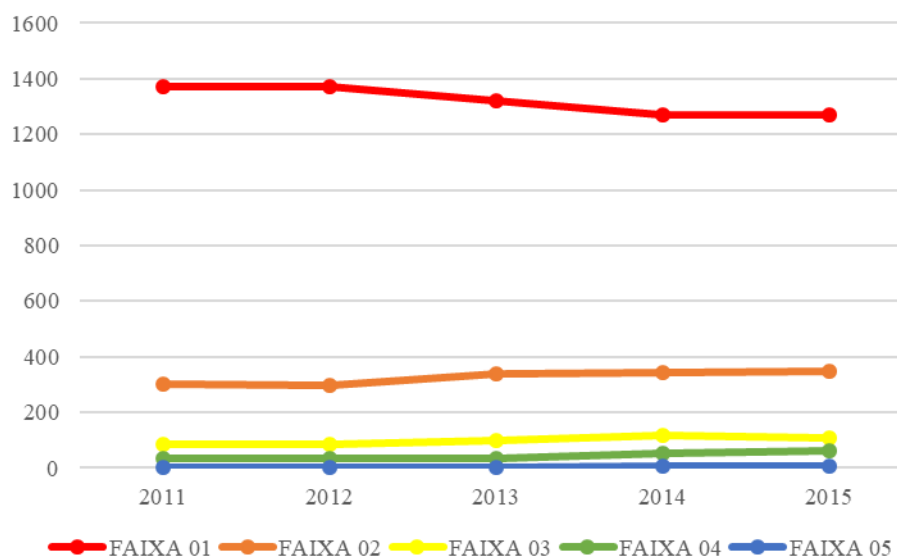
Enquanto nos anos de 2011 e 2012 todo o corpo das equipes de Saúde da Família era estruturado por médicos pertencentes à Estratégia Saúde da Família, em 2013 35,11% passou a ser constituído por participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este percentual subiu para 55,80% em 2014 e 62,85% em 2015.

A conjuntura apresentada da Atenção Básica de Saúde quando vista pela perspectiva da inserção de mais profissionais na saúde pública nacional por meio do Programa Mais Médicos evidencia o esvaziamento da Estratégia Saúde da Família.

5.2.2 Região Nordeste

O GRÁFICO 9 demonstra a evolução comparativa, por faixa de atendimento, entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos 1.794 Municípios que integram a Região Nordeste.

GRÁFICO 9 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORDESTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	1.370 (76,4%)	1.371 (76,4%)	1.321 (73,6%)	1.271 (70,8%)	1.270 (70,8%)
FAIXA 02	303 (16,9%)	299 (16,7%)	338 (18,8%)	345 (19,2%)	347 (19,3%)
FAIXA 03	83 (4,6%)	85 (4,7%)	99 (5,5%)	118 (6,6%)	109 (6,1%)
FAIXA 04	35 (2,0%)	36 (2,0%)	34 (1,9%)	52 (2,9%)	60 (3,3%)
FAIXA 05	3 (0,2%)	3 (0,2%)	2 (0,1%)	8 (0,4%)	8 (0,4%)
Total	1.794	1.794	1.794	1.794	1.794

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Para a Faixa 1 houve uma redução de 1.370 Municípios para 1.270 no período analisado (2011-2015). Portanto, no ano de 2011, 76,4% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 70,8% no ano de 2015, com uma melhora significativa em relação às demais faixas, principalmente nos anos de 2013 e 2014. Para a Faixa 2 partiu-se de 303 Municípios em 2011 para 338 em 2013; 345 para o ano de 2014; e 347 no ano de 2015, o que corresponde, respectivamente a 16,9%, 18,8%, 19,2% e 19,3% do total dos Municípios desta região.

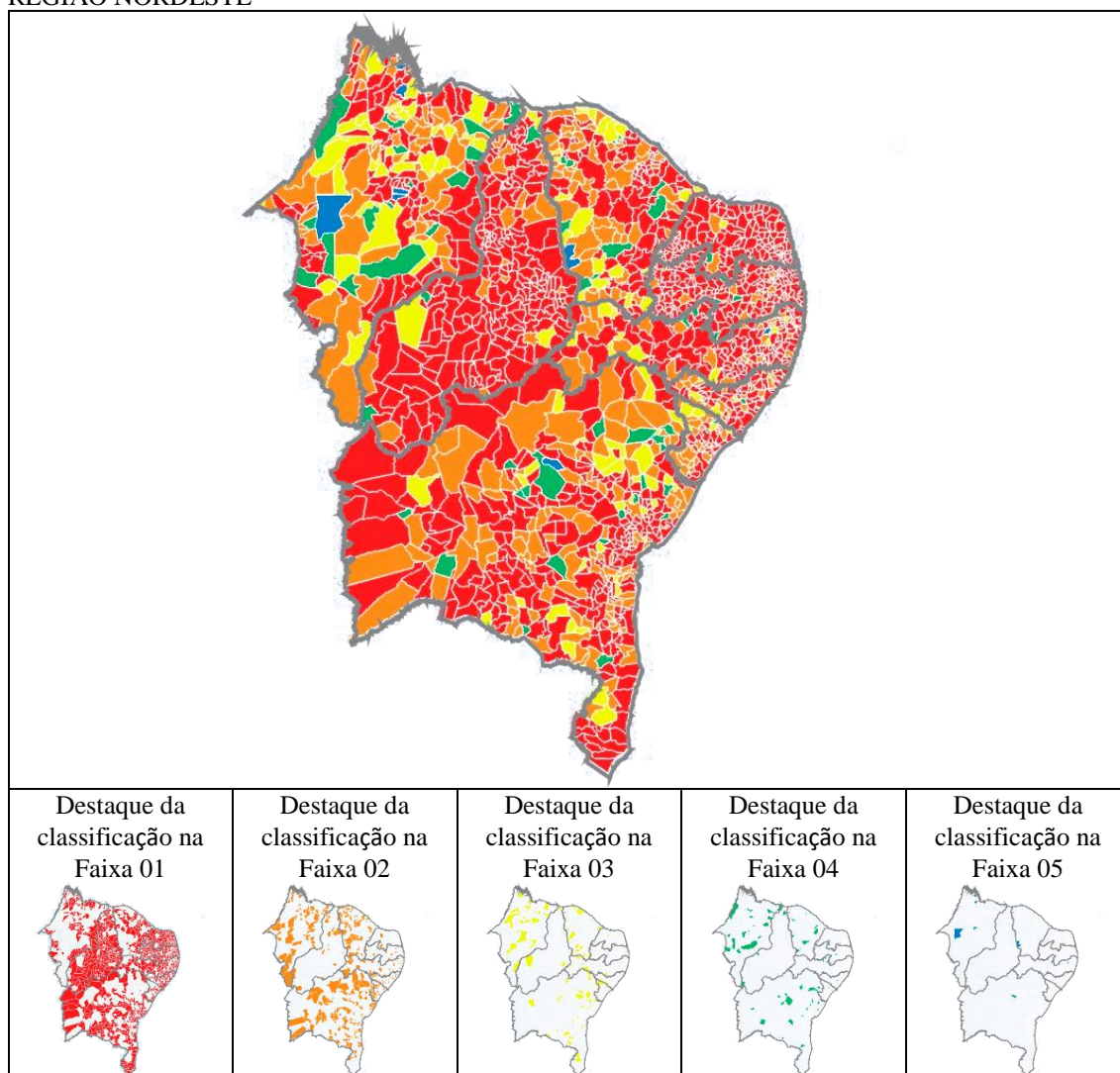
A Faixa 3, que era contemplada com 83 Municípios no ano de 2011, teve um salto para 118 Municípios no ano de 2014, com uma redução para 109 em 2015. Este quantitativo representava, no ano de 2011, 4,6% dos Municípios da região e passou para 6,6% no ano de 2014, regredindo para 6,1% em 2015.

A Faixa 4, composta por 35 Municípios no ano de 2011, passou a ser integrada por 52 Municípios no ano de 2014 e 60 Municípios em 2015, representando 2%, 2,9% e 3,3%, respectivamente. A Faixa 5, considerando a conjuntura geral da região analisada, teve uma evolução significativa, embora não expressiva, na quantidade de Municípios com atendimento superior a 100% do previsto para a Estratégia Saúde da Família,

partindo de 3 Municípios no ano de 2011 para 8 em 2015. Isto representa 0,2% e 0,4%, respectivamente, da integralidade dos Municípios da Região Nordeste, sendo esta a mesma proporção encontrada na Região Norte.

Portanto, para a Região Nordeste, seguindo-se as diretrizes traçadas pela Portaria 2.488/2011-MS, no ano de 2015 e mesmo diante de todas as políticas de saúde indutivas, 96,2% dos Municípios estão abaixo do percentual de 75% das equipes de Saúde da Família recomendado para atuar na Atenção Básica de Saúde. Ressalte-se que mais de 70,8% destes Municípios estão abaixo de 25% da meta estipulada de equipes de Saúde da Família para atendimento da população.

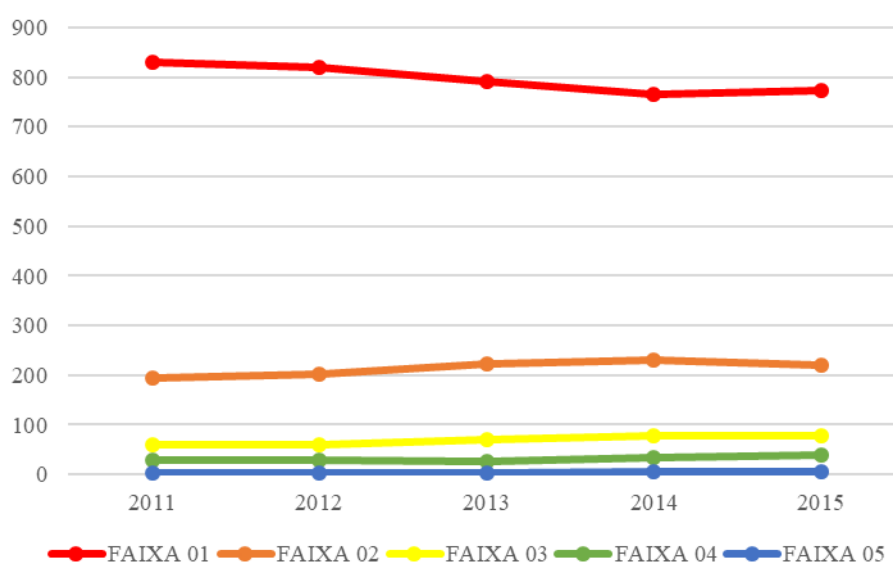
FIGURA 2 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO NORDESTE



Fonte: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

A FIGURA 2 apresenta, graficamente, a classificação dos Municípios que integram a Região Nordeste por faixas de atendimento de equipes de Saúde da Família no ano de 2015. Este mapa permite visualizar a situação precária vivenciada pela região em análise ao demonstrar a predominância de Municípios classificados na Faixa 1, conforme evidenciado anteriormente na análise do GRÁFICO 9.

GRÁFICO 10 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO NORDESTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	829 (74,5%)	820 (73,7%)	792 (71,2%)	765 (68,7%)	772 (69,4%)
FAIXA 02	194 (17,4%)	201 (18,1%)	223 (20,0%)	231 (20,8%)	219 (19,7%)
FAIXA 03	59 (5,3%)	61 (5,5%)	70 (6,3%)	77 (6,9%)	77 (6,9%)
FAIXA 04	28 (2,5%)	28 (2,5%)	26 (2,3%)	35 (3,1%)	39 (3,5%)
FAIXA 05	3 (0,3%)	3 (0,3%)	2 (0,2%)	5 (0,4%)	6 (0,5%)
Total	1.113	1.113	1.113	1.113	1.113

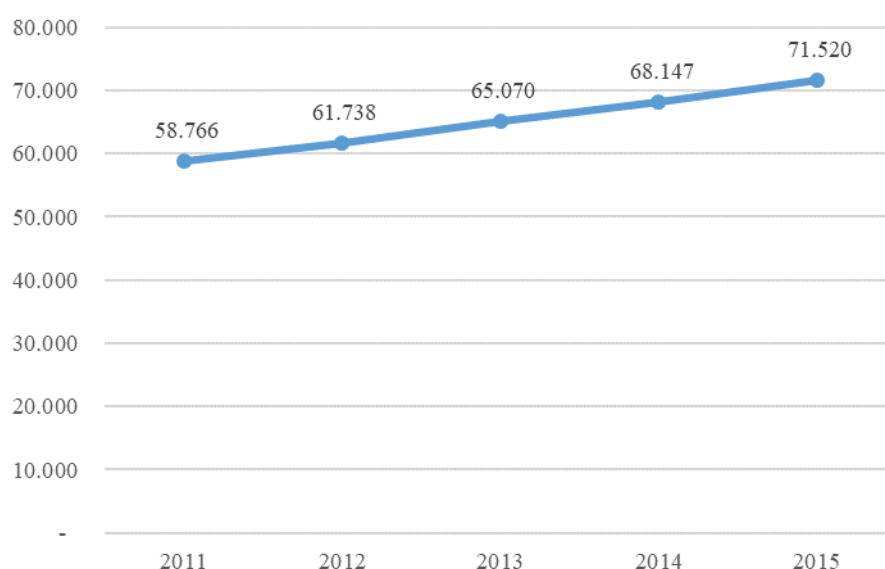
FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

O GRÁFICO 10 demonstra a evolução comparativa entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, pertencentes à Região Nordeste por faixa de atendimento. Nesta condição enquadram-se 1.113 localidades, as quais correspondem a 62,4% dos Municípios da região.

A evolução decorrente das políticas indutivas por parte do Estado para a implementação das equipes de Saúde da Família para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, no caso da Região Nordeste, seguiu a tendência identificada para os demais Municípios que não se enquadram nesta

classificação dentro desta Região. Todavia, a melhora verificada para o grupo em análise a partir do ano de 2014 mostra-se insuficiente para alterar o quadro em que se encontra a região, porquanto em 2011, 829 Municípios ocupavam a Faixa 1 e, em 2015, este número passou para 772 Municípios. Isto significa que 69,4% dos Municípios em referência permanecem igual ou abaixo de 25% do número recomendado de equipes de Saúde da Família para atendimento na Região, aplicando-se a orientação da Portaria 2.488/2011-MS.

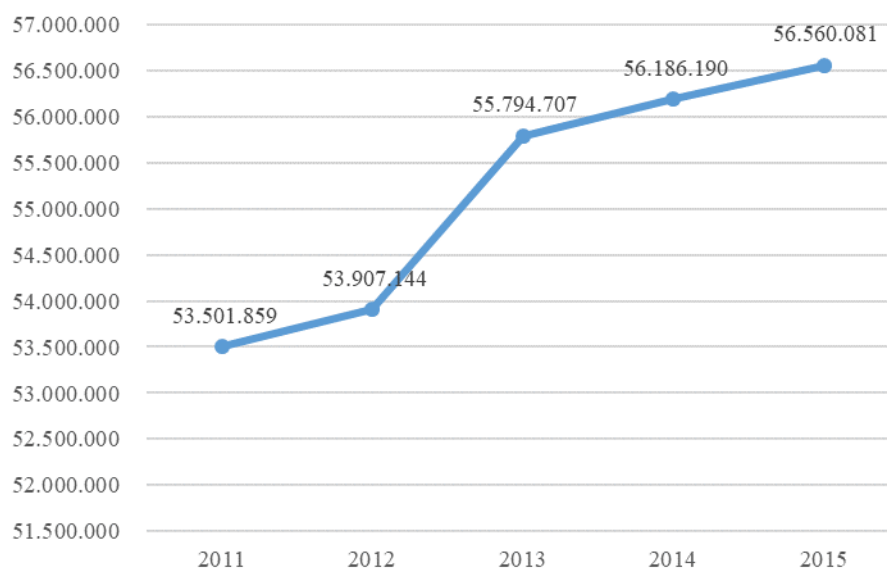
GRÁFICO 11 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO NORDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 11 revela para o período de 2011 a 2015, em relação aos médicos com inscrição principal ativa nos Estados que integram a Região Nordeste, um aumento de 12.754 médicos, passando de 58.766, em 2011, para 71.520 profissionais ativos no ano de 2015. Isto corresponde ao aumento de 21,7% destes profissionais com inscrição principal ativa no período analisado.

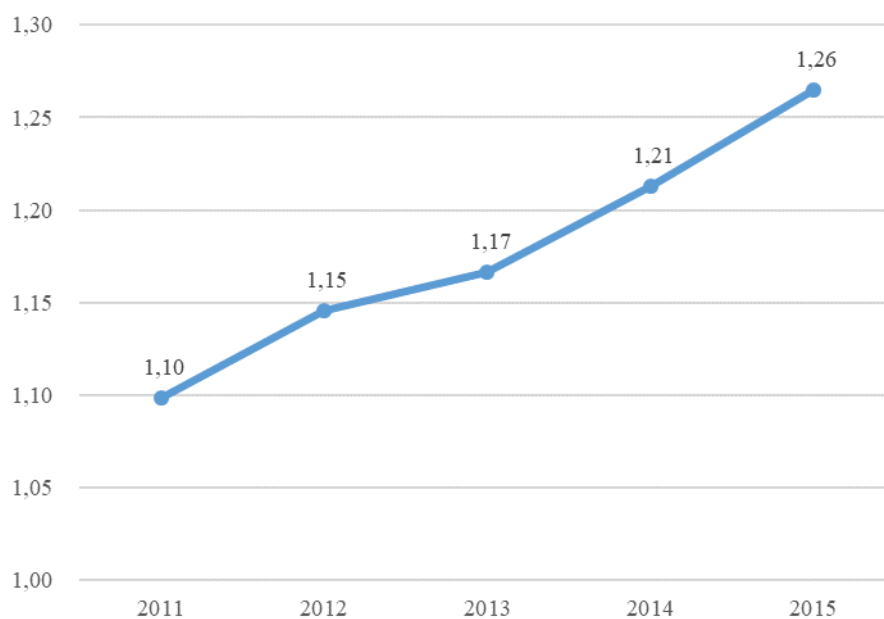
GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO NORDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Conforme consta do GRÁFICO 12, a população estimada da Região Nordeste era de 53.501.859 no ano de 2011, passando para 56.560.081 em 2015. Houve, portanto, um aumento de 3.058.222 habitantes, gerando um crescimento de 5,7% no período analisado.

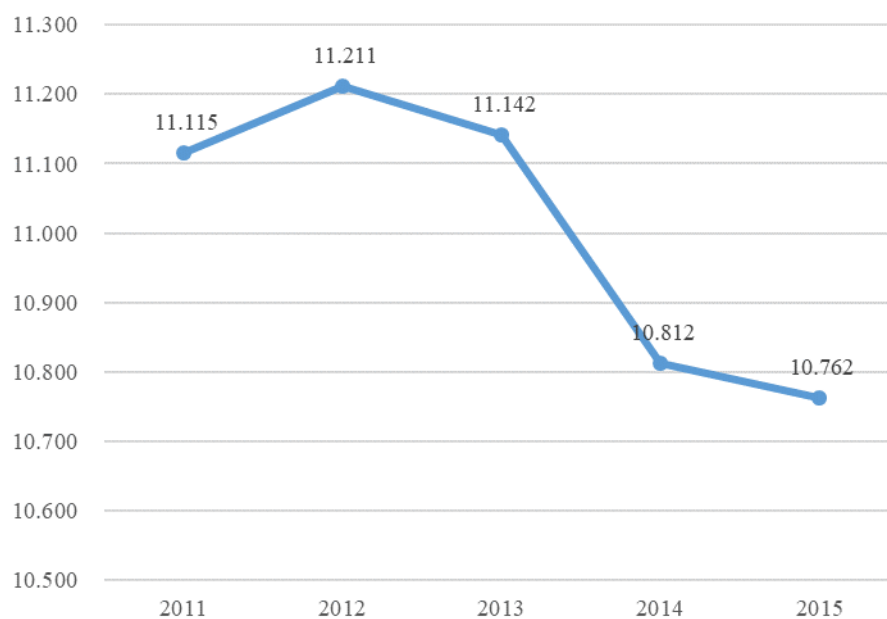
GRÁFICO 13 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO NORDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 13 demonstra a análise combinatória das variáveis do quantitativo de médicos com inscrição ativa com a estimativa populacional da Região Nordeste. Indica para o ano de 2011, a proporção de 1,10 médicos por mil habitantes. Esta relação aumentou para 1,26 médicos por mil habitantes no ano de 2015. Apesar da melhora, a proporção encontrada revela que a Região Nordeste possui uma relação de médicos por mil habitantes inferior à média nacional, que se encontra no patamar de 2,05 médicos por mil habitantes para o ano de 2015. Estes números apontam que a Região Nordeste apresenta a segunda pior proporção neste quesito, perdendo apenas para a Região Norte. Porém, está evoluindo para atingir a média nacional, bem como a meta idealizada pelos formuladores do Programa Mais Médicos de 2,7 médicos por mil habitantes.

GRÁFICO 14 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE



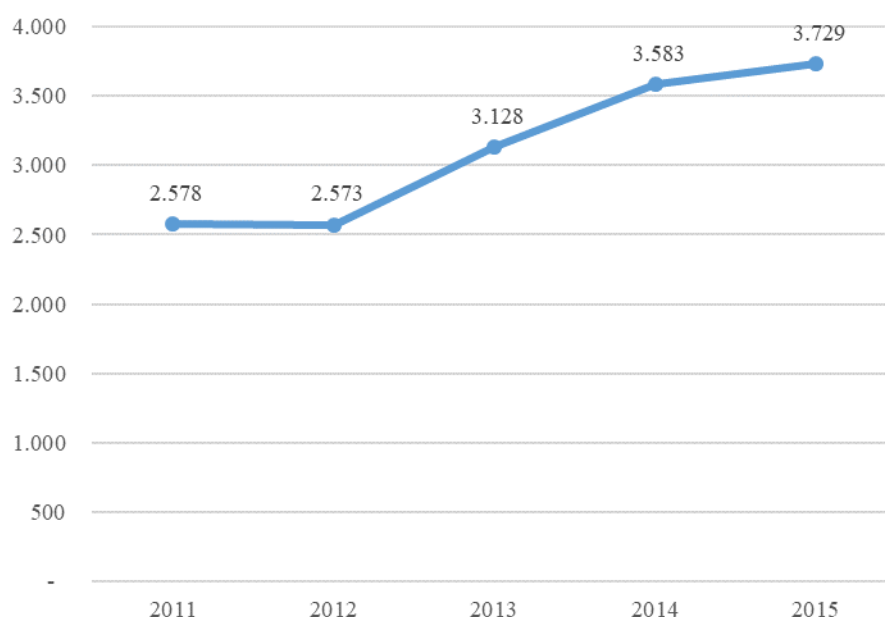
FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2011a, 2016d; 2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 14 demonstra a quantidade de médicos necessários para estruturar as equipes de Saúde da Família para atender acima de 75% da população da Região Nordeste no período analisado (2011 a 2015), considerando-se que cada equipe de Saúde da Família deve contar com um profissional médico. Em 2011 eram necessárias 11.115 equipes de Saúde da Família. Este número reduziu para 10.762 equipes no ano de 2015, revelando uma progressão de 3,2% das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, de médicos.

Apesar do número de médicos com inscrição ativa na Região Nordeste ter aumentado em 21,7% no período analisado, superior ao aumento populacional de 5,7%, com o acréscimo de 12.754 novos profissionais ativos, houve a redução de apenas 353 equipes de Saúde da Família necessárias. Isto evidencia a dificuldade enfrentada pelas atuais políticas desenvolvidas pelo Estado para a Região Nordeste que possui dificuldade em angariar médicos para atuar na Atenção Básica de Saúde.

A inferência referente ao desinteresse dos médicos em atuar nas equipes de Saúde da Família decorre da modificação do perfil dos médicos que passaram a integrá-las a partir do ano de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos. Durante o período analisado, a Região Nordeste contou com 2.578 equipes de Saúde da Família no ano de 2011, atingindo a marca de 3.729 em 2015, apresentando maior crescimento a partir do ano de 2013, como se vê no GRÁFICO 15.

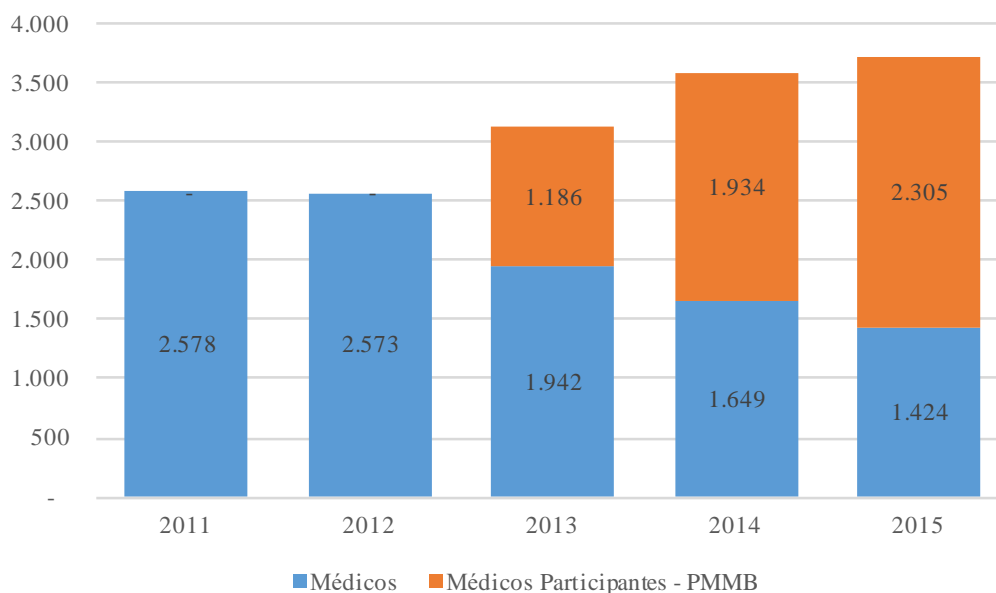
GRÁFICO 15 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO NORDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Em que pese a evolução da quantidade de equipes de Saúde da Família existente, a partir do ano de 2013, verifica-se a substituição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família pelos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como consta do GRÁFICO 16.

GRÁFICO 16 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO NORDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016g e 2016h).

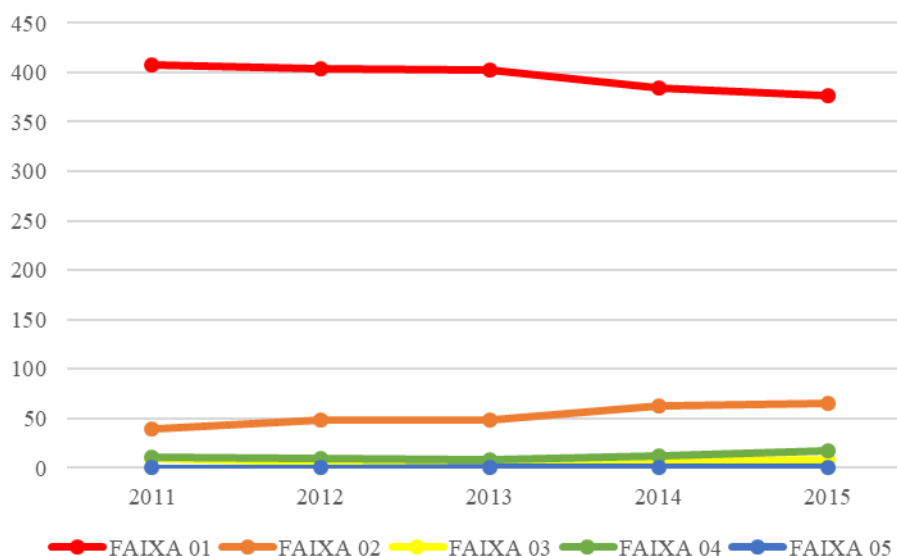
Enquanto nos anos de 2011 e 2012 todo o corpo das equipes de Saúde da Família era estruturado por médicos pertencentes à Estratégia Saúde da Família, em 2013 37,92% passou a ser constituído por participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este percentual subiu para 53,98% em 2014 e 61,81% em 2015.

A conjuntura apresentada da Atenção Básica de Saúde quando vista pela perspectiva da inserção de mais médicos na saúde pública nacional por meio do Programa Mais Médicos evidencia o esvaziamento da Estratégia Saúde da Família.

5.2.3 Região Centro-Oeste

O GRÁFICO 17 demonstra a evolução comparativa, por faixa de atendimento, entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos 467 Municípios que integram a Região Centro-Oeste.

GRÁFICO 17 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO CENTRO-OESTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	408 (87,4%)	404 (86,5%)	403 (86,3%)	384 (82,2%)	376 (80,5%)
FAIXA 02	39 (8,4%)	48 (10,3%)	48 (10,3%)	63 (13,5%)	65 (13,9%)
FAIXA 03	9 (1,9%)	6 (1,3%)	7 (1,5%)	7 (1,5%)	8 (1,7%)
FAIXA 04	11 (2,4%)	9 (1,9%)	8 (1,7%)	12 (2,6%)	17 (3,6%)
FAIXA 05	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)
Total	467	467	467	467	467

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Para a Faixa 1 houve uma redução de 408 Municípios para 376 no período analisado (2011-2015). Portanto, no ano de 2011, 87,84% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 80,5% no ano de 2015. Para a Faixa 2 partiu-se de 39 Municípios em 2011, com uma evolução significativa no ano de 2015, quando 63 Municípios passaram a integrar esta posição. Isto corresponde aos percentuais de 8,4% em 2011, passando para 10,3% nos anos de 2012 e 2013 e atingindo 13,5% em 2014, com uma pequena melhora para o ano de 2015, atingindo o total de 13,9%, respectivamente.

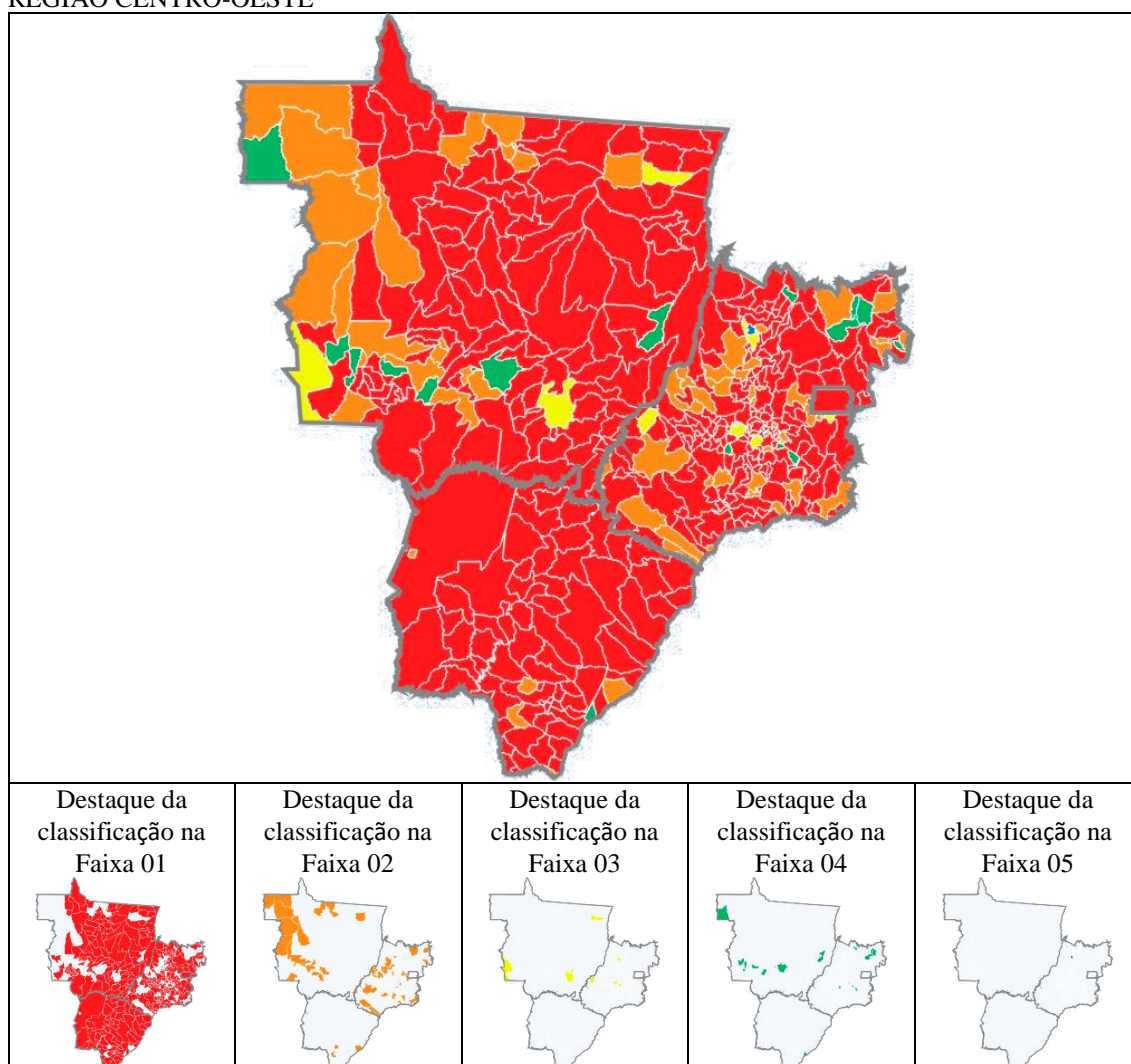
A Faixa 3, que era contemplada com 9 Municípios no ano de 2011, teve uma redução para 8 Municípios no ano de 2015. Este quantitativo representava, no ano de 2011, 1,9% dos Municípios da região, regredindo para 1,7% no ano de 2015.

A Faixa 4, composta por 11 Municípios no ano de 2011, foi reduzida para 8 Municípios em 2013 e evoluiu até chegar em 17 Municípios no ano de 2015, representando 2,4%, 1,7% e 3,6%, respectivamente. Não havia nenhum Município classificado na Faixa 5 nos anos de 2011 e 2012. Mas, a partir de 2013 esta classificação passou a contemplar 1 Município. Isto representa apenas 0,2% da integralidade dos

Municípios da Região Centro-Oeste, sendo esta a menor proporção encontrada para a Faixa em análise de todas as regiões brasileiras.

Portanto, para a Região Centro-Oeste, seguindo-se as diretrizes traçadas pela Portaria 2.488/2011-MS, no ano de 2015 e mesmo diante de todas as políticas de saúde indutivas, 80,5% dos Municípios estão abaixo do percentual de 25% das equipes de Saúde da Família recomendado para atuar na Atenção Básica de Saúde. Esta representa a pior proporção encontrada em âmbito nacional, sendo que apenas 3,9% dos Municípios atinge ou supera 75% da meta estipulada de equipes de Saúde da Família para atendimento da população.

FIGURA 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO CENTRO-OESTE

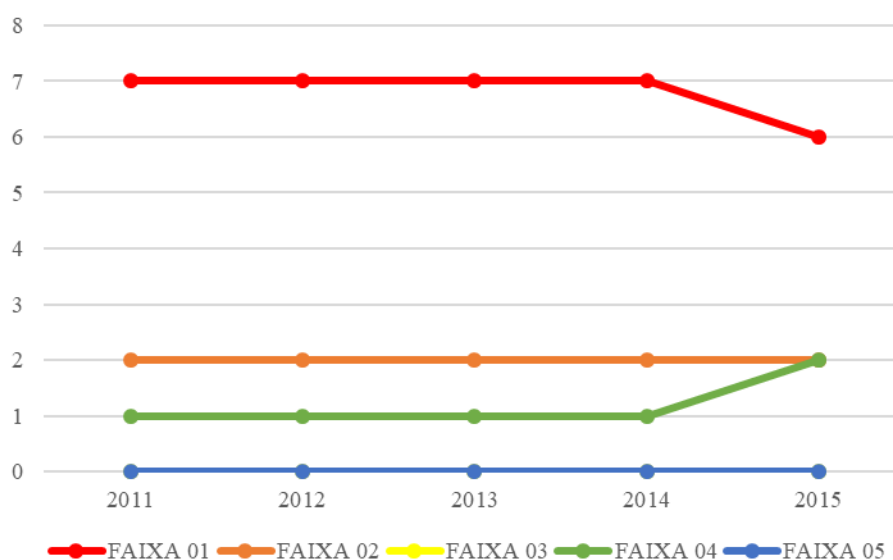


Fonte: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

A FIGURA 3 apresenta, graficamente, a classificação dos Municípios que integram a Região Centro-Oeste por faixas de atendimento de equipes de Saúde da

Família no ano de 2015. Este mapa permite visualizar a situação precária vivenciada pela região em análise ao demonstrar a predominância de Municípios classificados na Faixa 1, conforme evidenciado anteriormente na análise do GRÁFICO 17.

GRÁFICO 18 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO CENTRO-OESTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	7 (70,0%)	7 (70,0%)	7 (70,0%)	7 (70,0%)	6 (60,0%)
FAIXA 02	2 (20,0%)	2 (20,0%)	2 (20,0%)	2 (20,0%)	2 (20,0%)
FAIXA 03	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
FAIXA 04	1 (10,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)	2 (20,0%)
FAIXA 05	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	10	10	10	10	10

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

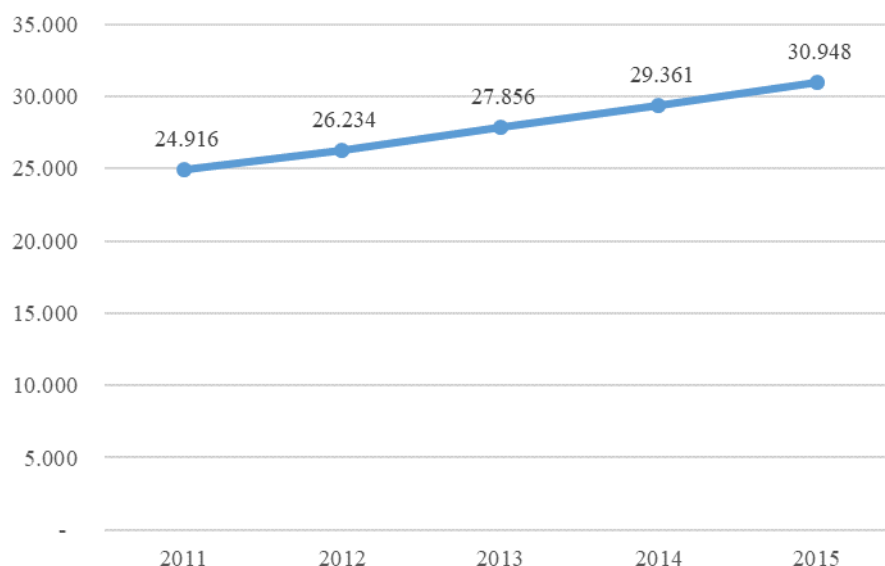
O GRÁFICO 18 demonstra a evolução comparativa entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, pertencentes à Região Centro-Oeste por faixa de atendimento. Nesta condição enquadram-se 10 localidades, as quais correspondem a 2,14% dos Municípios da região.

A evolução decorrente das políticas indutivas por parte do Estado para a implementação das equipes de Saúde da Família para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, no caso da Região Centro-Oeste, no ano de 2015, apresentou resultado mais satisfatório em comparação aos demais Municípios que não se enquadram neste perfil dentro desta Região. No ano em referência houve uma redução dos Municípios classificados na Faixa 1 de 7 para 6, representando

uma redução de 70% para 60% dos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo. A Faixa 4, que contava com apenas 1 Município até o ano de 2014, passou a ser composta por 2 Municípios, evoluindo de 10% para 20% dos Municípios pertencentes a este grupo.

Todavia, a melhora verificada para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo mostra-se insuficiente para alterar o quadro em que se encontra a região, porquanto em 2015, 8 Municípios permanecem igual ou abaixo de 50% do número recomendado de equipes de Saúde da Família para atendimento na Região, aplicando-se a orientação da Portaria 2.488/2011-MS.

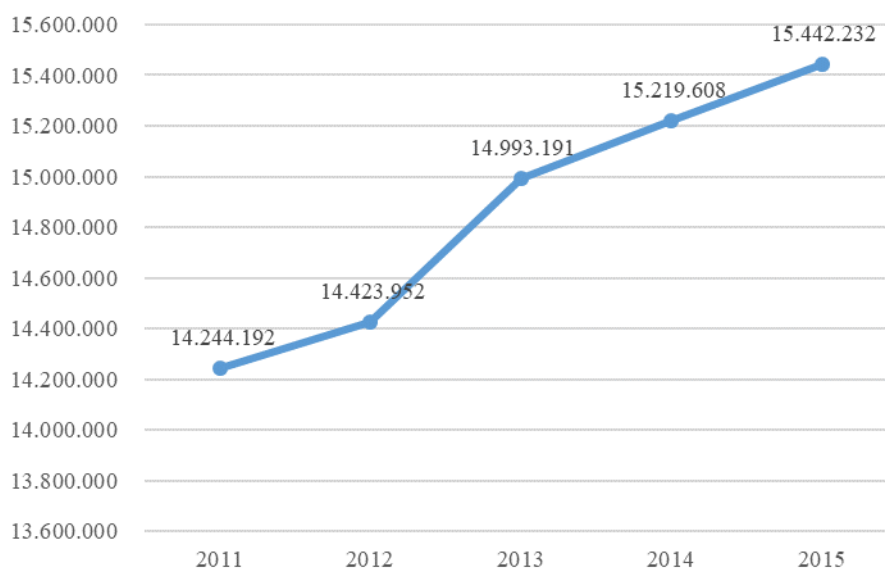
GRÁFICO 19 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO CENTRO-OESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 19 revela para o período de 2011 a 2015, em relação aos médicos com inscrição principal ativa nos Estados que integram a Região Nordeste, um aumento de 6.032 médicos, passando de 24.916, em 2011, para 30.948 profissionais ativos no ano de 2015. Isto corresponde ao aumento de 24,2% destes profissionais com inscrição principal ativa no período analisado.

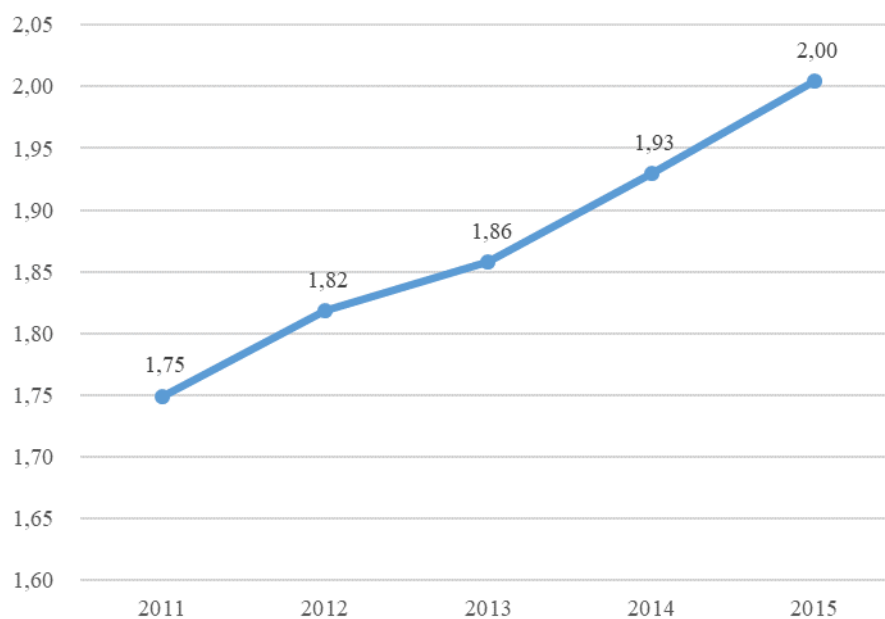
GRÁFICO 20 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO CENTRO-OESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Conforme consta do GRÁFICO 20, a população estimada da Região Centro-Oeste era de 14.244.192 no ano de 2011, passando para 15.442.232 em 2015. Houve, portanto, um aumento de 1.198.040 habitantes, gerando um crescimento de 8,4% no período analisado.

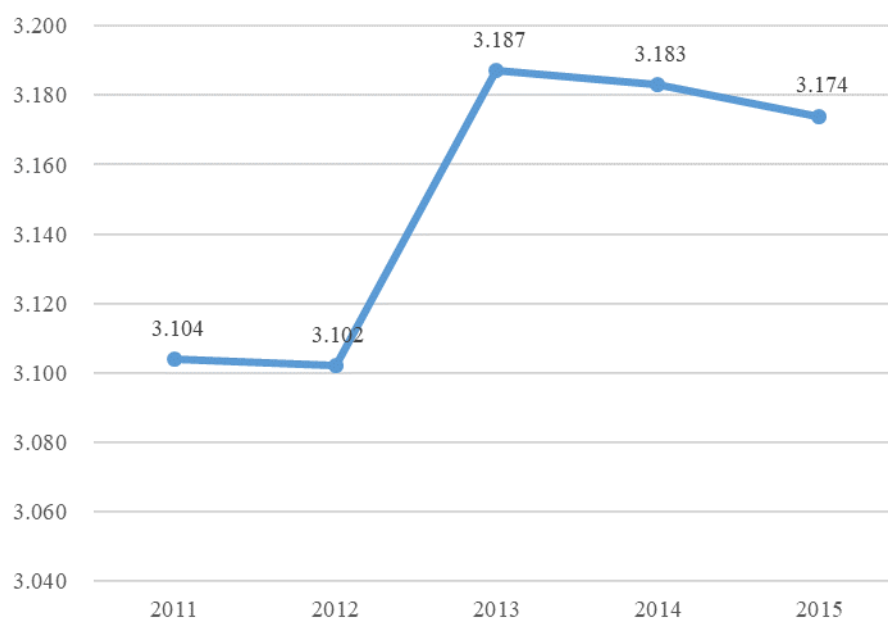
GRÁFICO 21 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO CENTRO-OESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 21 demonstra a análise combinatória das variáveis do quantitativo de médicos com inscrição ativa com a estimativa populacional da Região Centro-Oeste. Indica para o ano de 2011, a proporção de 1,75 médicos por mil habitantes. Esta relação aumentou para 2 médicos por mil habitantes no ano de 2015. Apesar da melhora, a proporção encontrada revela que a Região Centro-Oeste possui uma relação de médicos por mil habitantes inferior à média nacional, que se encontra no patamar de 2,05 médicos por mil habitantes para o ano de 2015. Estes números apontam que a Região está evoluindo para atingir a média nacional, bem como a meta idealizada pelos formuladores do Programa Mais Médicos de 2,7 médicos por mil habitantes.

GRÁFICO 22 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2011a; 2016d e 2016h) e CFM (2016).

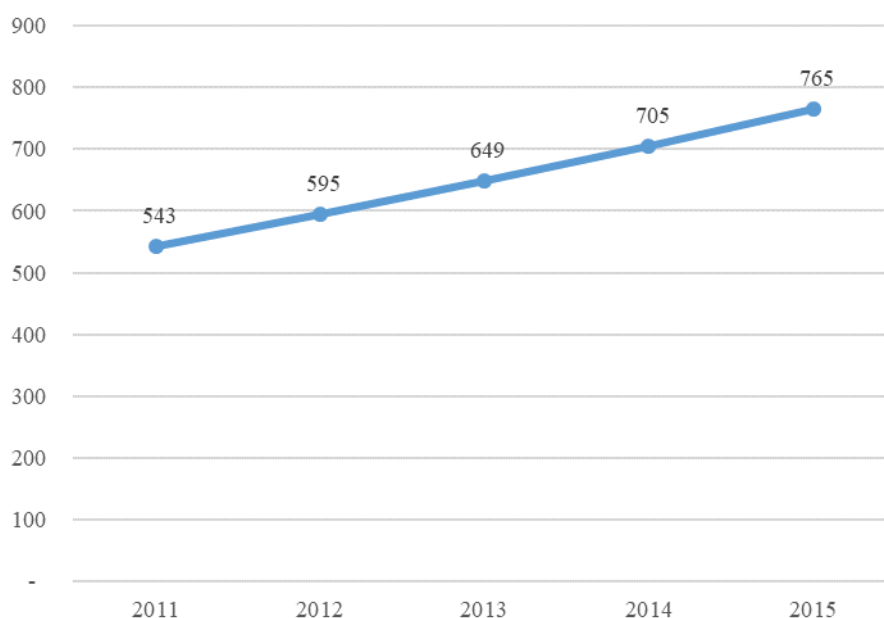
O GRÁFICO 22 demonstra a quantidade de médicos necessários para estruturar as equipes de Saúde da Família para atender acima de 75% da população da Região Centro-Oeste no período analisado (2011 a 2015), considerando-se que cada equipe de Saúde da Família deve contar com um profissional médico. Em 2011 eram necessárias 3.104 equipes de Saúde da Família. Este número aumentou para 3.174 equipes de Saúde da Família no ano de 2015, revelando uma regressão de 2,3% das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, de médicos.

Apesar do número de médicos com inscrição ativa na Região Centro-Oeste ter aumentado em 24,2% no período analisado, superior ao aumento populacional de 8,4%,

com o acréscimo de 6.032 novos profissionais ativos, 70 profissionais deixaram de prestar suas atividades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Isto evidencia o esvaziamento das políticas desenvolvidas pelo Estado, para a Região Centro-Oeste que até então não obteve sucesso em fixar os médicos na Atenção Básica de Saúde.

A inferência referente ao desinteresse dos médicos em atuar nas equipes de Saúde da Família decorre da modificação do perfil dos médicos que passaram a integrá-las a partir do ano de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos. Durante o período analisado, a Região Centro-Oeste contou com 543 equipes de Saúde da Família no ano de 2011, atingindo a marca de 765 em 2015, apresentando maior crescimento a partir do ano de 2013, como se vê no GRÁFICO 23.

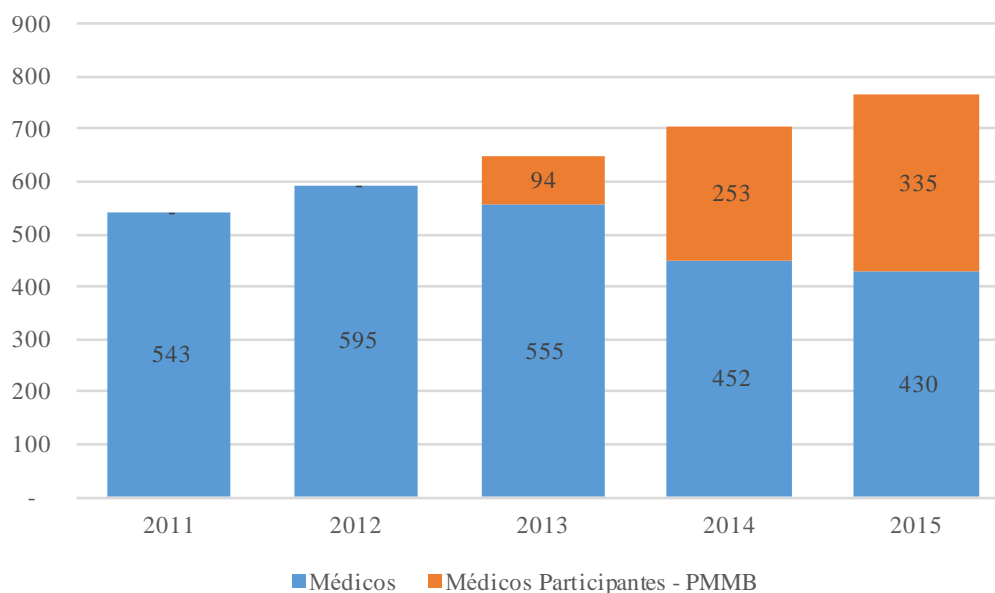
GRÁFICO 23 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO CENTRO-OESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Em que pese a evolução da quantidade de equipes de Saúde da Família existente, a partir do ano de 2013, verifica-se a substituição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família pelos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como consta do GRÁFICO 24.

GRÁFICO 24 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO CENTRO-OESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016g e 2016h).

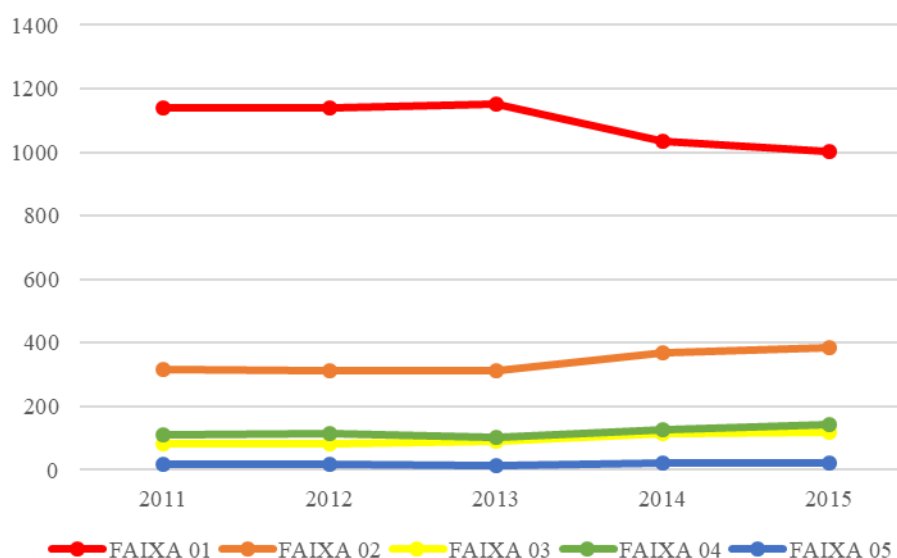
Enquanto nos anos de 2011 e 2012 todo o corpo das equipes de Saúde da Família era estruturado por médicos pertencentes à Estratégia Saúde da Família, em 2013 14,98% passou a ser constituído por participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este percentual subiu para 35,89% em 2014 e 43,79% em 2015.

A conjuntura apresentada da Atenção Básica de Saúde quando vista pela perspectiva da inserção de mais médicos na saúde pública nacional por meio do Programa Mais Médicos evidencia o esvaziamento da Estratégia Saúde da Família.

5.2.4 Região Sudeste

O GRÁFICO 25 demonstra a evolução comparativa, por faixa de atendimento, entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos 1.668 Municípios que integram a Região Sudeste.

GRÁFICO 25 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUDESTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	1.139 (68,3%)	1.141 (68,4%)	1.150 (68,9%)	1.034 (62,0%)	1.002 (60,1%)
FAIXA 02	316 (18,9%)	313 (18,8%)	311 (18,6%)	369 (22,1%)	383 (23,0%)
FAIXA 03	84 (5,0%)	82 (4,9%)	92 (5,5%)	115 (6,9%)	117 (7,0%)
FAIXA 04	112 (6,7%)	116 (7,0%)	101 (6,1%)	127 (7,6%)	144 (8,6%)
FAIXA 05	17 (1,0%)	16 (1,0%)	14 (0,8%)	23 (1,4%)	22 (1,3%)
Total	1.668	1.668	1.668	1.668	1.668

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Para a Faixa 1 houve uma redução de 1.139 Municípios para 1.002 no período analisado (2011-2015). Portanto, no ano de 2011, 68,3% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 60,1% no ano de 2015, com uma melhora significativa em relação à Faixa 2, principalmente no ano de 2015. Para a Faixa 2 partiu-se de 313 Municípios em 2011 para 311 em 2013; 369 para o ano de 2014; e 383 no ano de 2015, o que corresponde, respectivamente a 18,9%, 18,6%, 22,1% e 23% do total dos Municípios desta região.

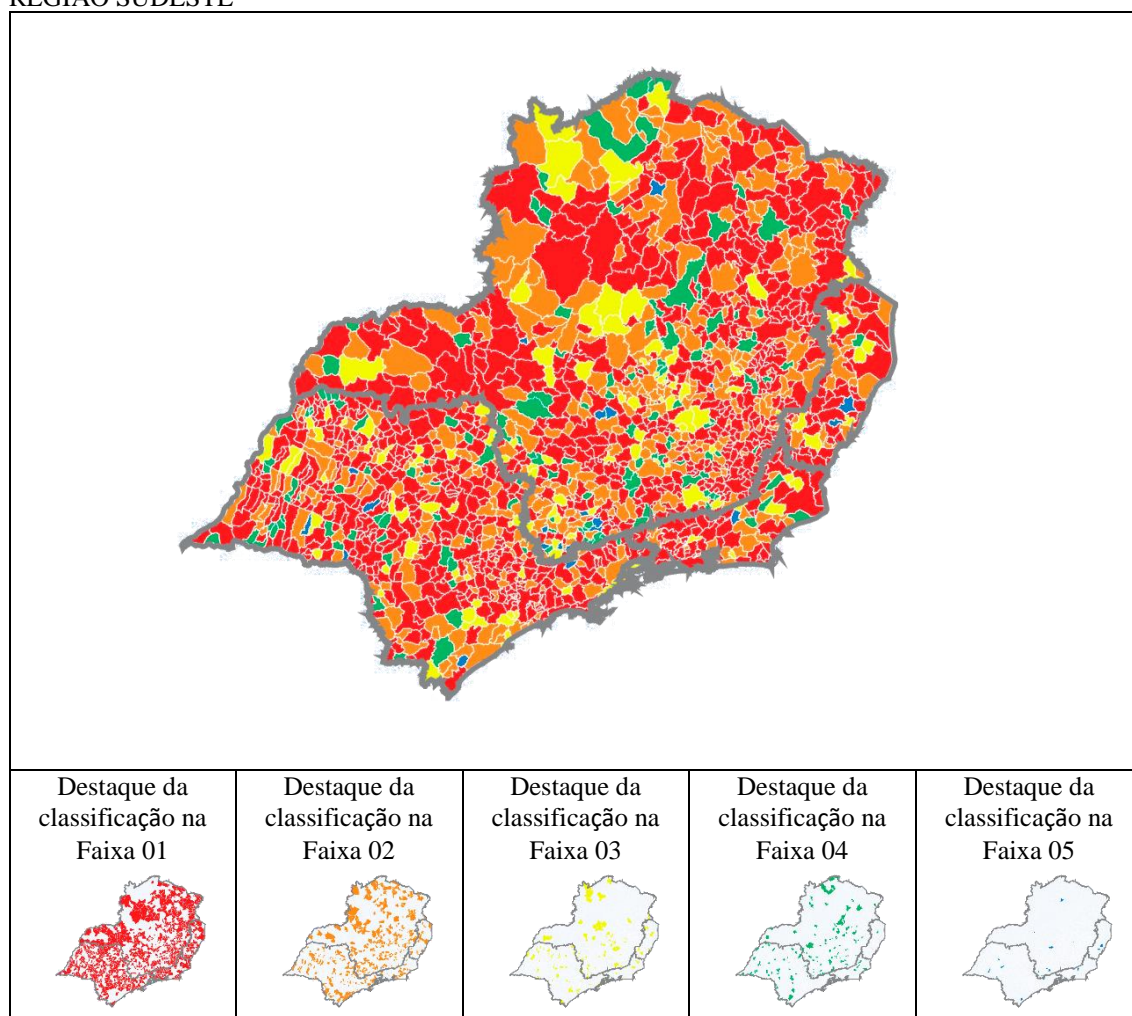
A Faixa 3, que era contemplada com 84 Municípios no ano de 2011, teve um salto para 92 Municípios no ano de 2013 e 117 em 2015. Este quantitativo representava, no ano de 2011, 5% dos Municípios da região e passou para 5,5% no ano de 2013, aumentando para 7% em 2015.

A Faixa 4, composta por 112 Municípios no ano de 2011, regredindo para 101 em 2013, com aumento para 144 Municípios em 2015 representando 6,7%, 6,1% e 8,6%, respectivamente. A Faixa 5 acompanhou a tendência da Faixa 4, passando de 17 Municípios em 2011, para 14 em 2013 e 22 em 2015. Isto representa 1%, 0,8 e 1,3%, respectivamente, da integralidade dos Municípios da Região Sudeste. Atente-se que no

ano de 2015 a Região Sudeste é a que apresenta o melhor índice de Municípios na Faixa 5.

Portanto, para a Região Sudeste, seguindo-se as diretrizes traçadas pela Portaria 2.488/2011-MS, no ano de 2015 e mesmo diante de todas as políticas de saúde indutivas, 90,1% dos Municípios estão abaixo do percentual de 75% das equipes de Saúde da Família recomendado para atuar na Atenção Básica de Saúde. Ressalte-se que mais de 60,1% destes Municípios estão abaixo de 25% da meta estipulada de equipes de Saúde da Família para atendimento da população.

FIGURA 4 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO SUDESTE

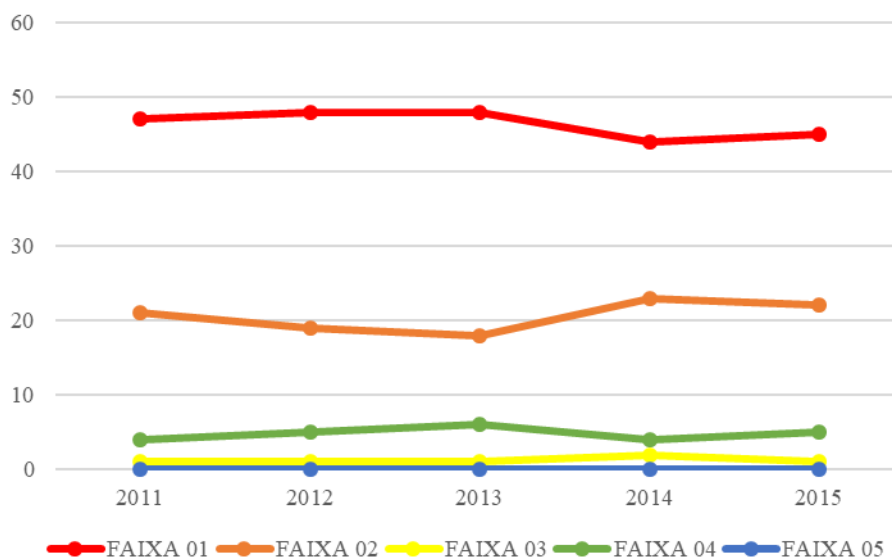


Fonte: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

A FIGURA 4 apresenta, graficamente, a classificação dos Municípios que integram a Região Sudeste por faixas de atendimento de equipes de Saúde da Família no ano de 2015. Este mapa permite visualizar a situação precária vivenciada pela região em

análise ao demonstrar a predominância de Municípios classificados na Faixa 1, conforme evidenciado anteriormente na análise do GRÁFICO 25.

GRÁFICO 26 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUDESTE



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	47 (64,4%)	48 (65,8%)	48 (65,8%)	44 (60,3%)	45 (61,6%)
FAIXA 02	21 (28,8%)	19 (26,0%)	18 (24,7%)	23 (31,5%)	22 (30,1%)
FAIXA 03	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)
FAIXA 04	4 (5,5%)	5 (6,8%)	6 (8,2%)	4 (5,5%)	5 (6,8%)
FAIXA 05	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	73	73	73	73	73

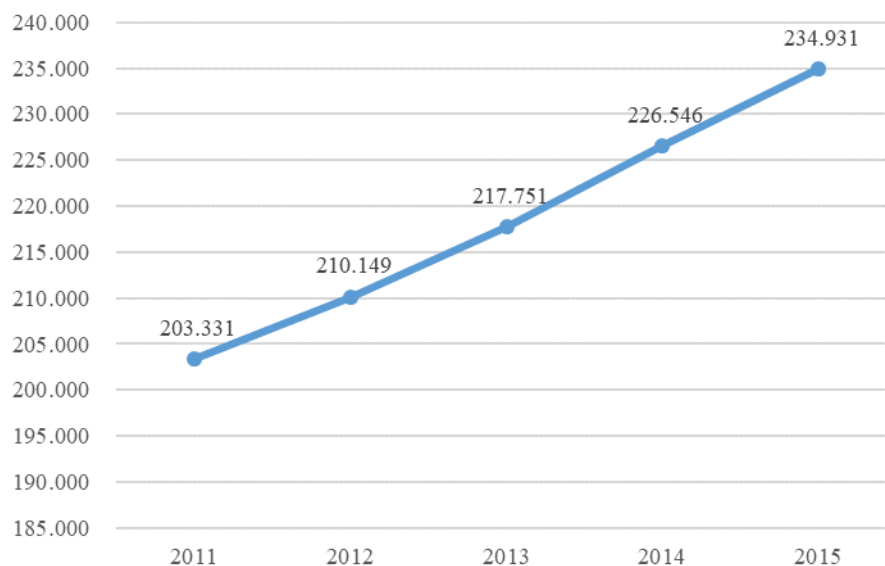
FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

O GRÁFICO 26 demonstra a evolução comparativa entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, pertencentes à Região Sudeste por faixa de atendimento. Nesta condição enquadram-se 73 localidades, as quais correspondem a 4,38% dos Municípios da região.

A evolução decorrente das políticas indutivas por parte do Estado para a implementação das equipes de Saúde da Família para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, no caso da Região Sudeste, seguiu a tendência identificada para os demais Municípios que não se enquadram nesta classificação, dentro desta Região, com uma melhora mais significativa para os Municípios enquadrados na Faixa 2, especialmente no ano de 2014, identificado como o ápice evolutivo do período analisado, quando 23 Municípios passaram a integrar esta Faixa. Mesmo assim, 93,2% dos Municípios com este perfil encontram-se igual ou abaixo

de 75% do número recomendado de equipes de Saúde da Família para atendimento na Região, aplicando-se a orientação da Portaria 2.488/2011-MS.

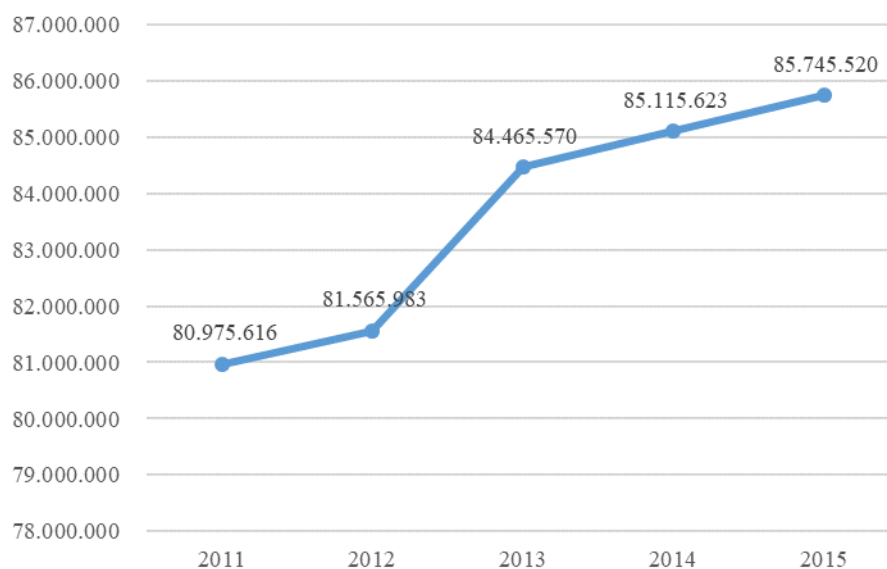
GRÁFICO 27 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO SUDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 27 revela para o período de 2011 a 2015, em relação aos médicos com inscrição principal ativa nos Estados que integram a Região Sudeste, um aumento de 31.600 médicos, passando de 203.331, em 2011, para 234.931 profissionais ativos no ano de 2015. Isto corresponde ao aumento de 15,5% destes profissionais com inscrição principal ativa no período analisado.

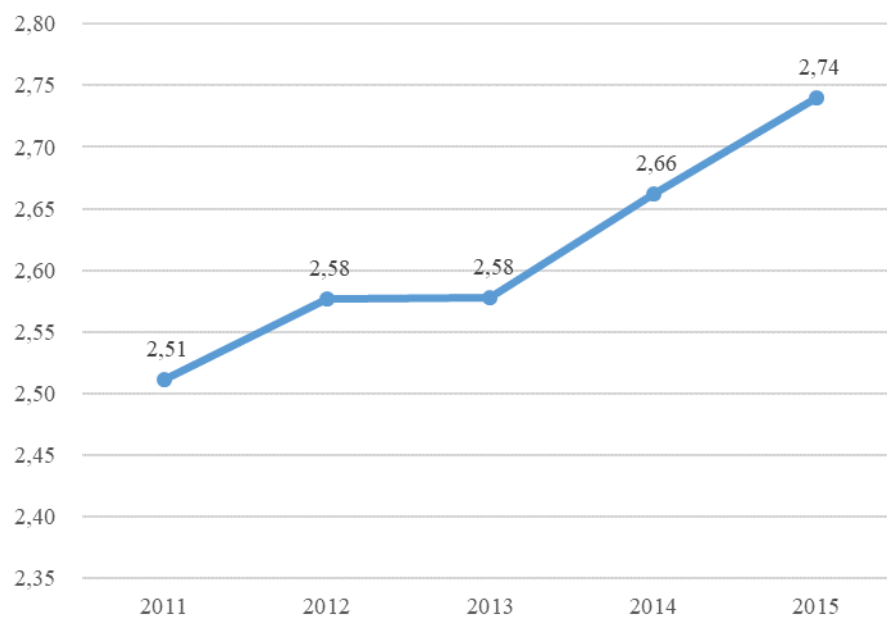
GRÁFICO 28 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO SUDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Conforme consta do GRÁFICO 28, a população estimada da Região Sudeste era de 80.975.616 no ano de 2011, passando para 85.745.520 em 2015. Houve, portanto, um aumento de 4.769.904 habitantes, gerando um crescimento de 5,9% no período analisado.

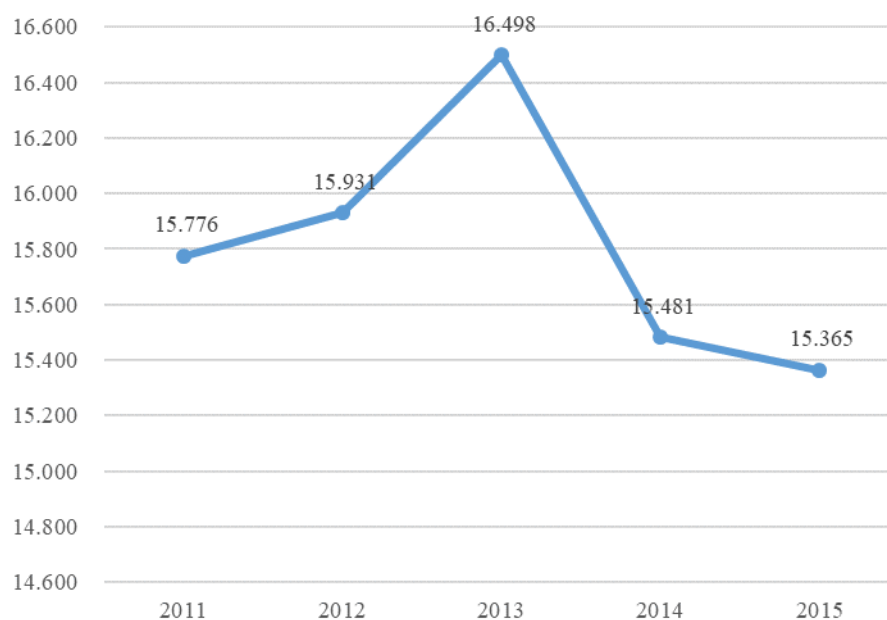
GRÁFICO 29 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO SUDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 29 demonstra a análise combinatória das variáveis do quantitativo de médicos com inscrição ativa com a estimativa populacional da Região Sudeste. Indica para o ano de 2011, a proporção de 2,51 médicos por mil habitantes. Esta relação aumentou para 2,74 médicos por mil habitantes no ano de 2015. Durante o período analisado esta Região apresenta a maior proporção pertinente à relação de médicos por mil habitantes tendo por referência a média nacional. Por seu turno, o patamar atingido em 2015, de 2,74 médicos por mil habitantes, é a única que supera a meta idealizada pelos formuladores do Programa Mais Médicos de 2,7 médicos por mil habitantes.

GRÁFICO 30 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2011a; 2016d e 2016h) e CFM (2016).

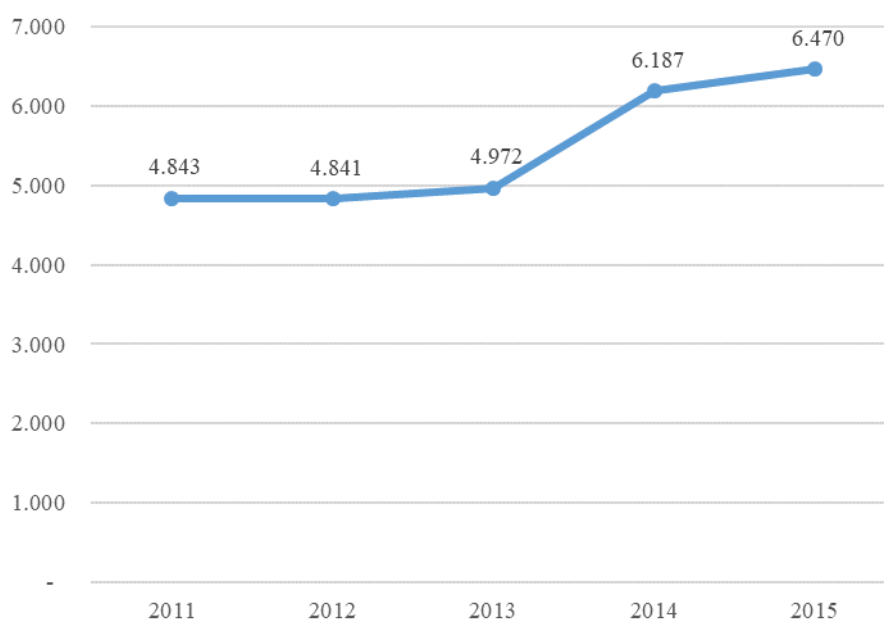
O GRÁFICO 30 demonstra a quantidade de médicos necessários para estruturar as equipes de Saúde da Família para atender acima de 75% da população da Região Sudeste no período analisado (2011 a 2015), considerando-se que cada equipe de Saúde da Família deve contar com um profissional médico. Em 2011 eram necessárias 15.776 equipes de Saúde da Família. Este número reduziu para 15.365 equipes no ano de 2015, revelando uma evolução de 2,6% das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, de médicos.

Apesar do número de médicos com inscrição ativa na Região Sudeste ter aumentado em 15,5% no período analisado, superior ao aumento populacional de 5,9%, com o acréscimo de 31.600 novos profissionais ativos, houve a redução de apenas 411

equipes de Saúde da Família necessárias. Isto evidencia o fracasso das políticas desenvolvidas pelo Estado, para a Região Sudeste, com a finalidade de fixar os médicos na Atenção Básica de Saúde.

A inferência referente ao desinteresse dos médicos em atuar nas equipes de Saúde da Família decorre da modificação do perfil dos médicos que passaram a integrá-las a partir do ano de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos. Durante o período analisado, a Região Sudeste contou com 4.843 equipes de Saúde da Família no ano de 2011, atingindo a marca de 6.470 em 2015, apresentando maior crescimento a partir do ano de 2013, como se vê no GRÁFICO 31.

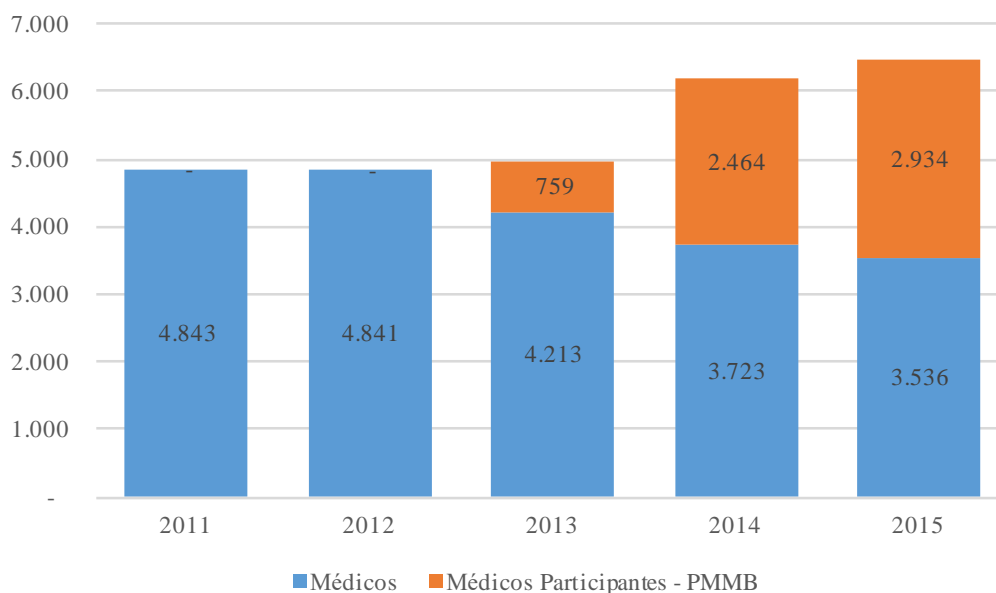
GRÁFICO 31 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO SUDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Em que pese a evolução da quantidade de equipes de Saúde da Família existente, a partir do ano de 2013, verifica-se a substituição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família pelos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como consta do GRÁFICO 32.

GRÁFICO 32 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO SUDESTE



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016g e 2016h)

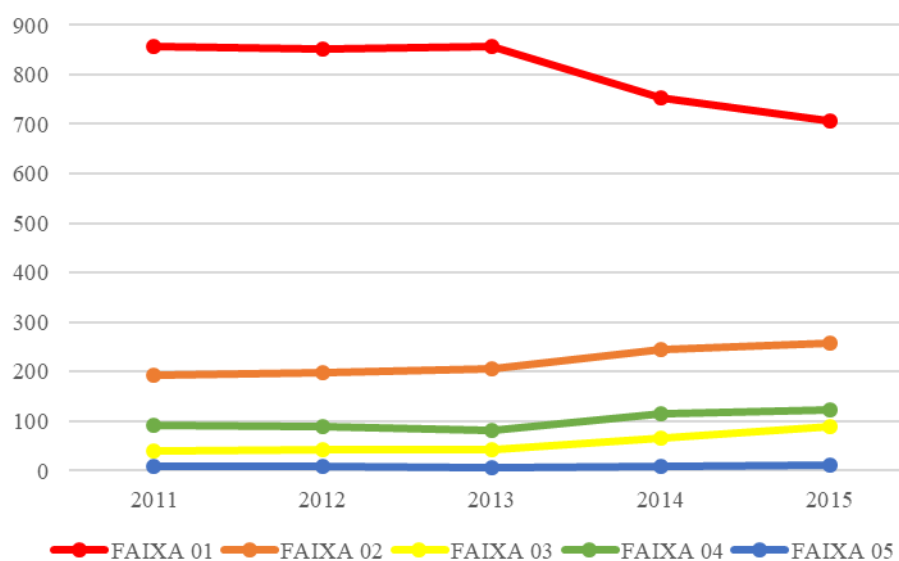
Enquanto nos anos de 2011 e 2012 todo o corpo das equipes de Saúde da Família era estruturado por médicos pertencentes à Estratégia Saúde da Família, em 2013 15,27% passou a ser constituído por participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este percentual subiu para 39,83% em 2014 e 45,35% em 2015.

A conjuntura apresentada da Atenção Básica de Saúde quando vista pela perspectiva da inserção de mais médicos na saúde pública nacional por meio do Programa Mais Médicos evidencia o esvaziamento da Estratégia Saúde da Família.

5.2.5 Região Sul

O GRÁFICO 33 demonstra a evolução comparativa, por faixa de atendimento, entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos 1.191 Municípios que integram a Região Sul.

GRÁFICO 33 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Para a Faixa 1 houve uma redução de 856 Municípios para 707 no período analisado (2011-2015). Portanto, no ano de 2011, 71,9% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 59,4% no ano de 2015, com uma melhora significativa em relação às demais faixas, principalmente nos anos de 2014 e 2015. Para a Faixa 2 partiu-se de 193 Municípios em 2011 para 246 em 2014; e 258 para o ano de 2015, o que corresponde, respectivamente a 16,2%, 20,7% e 21,7% do total dos Municípios desta região.

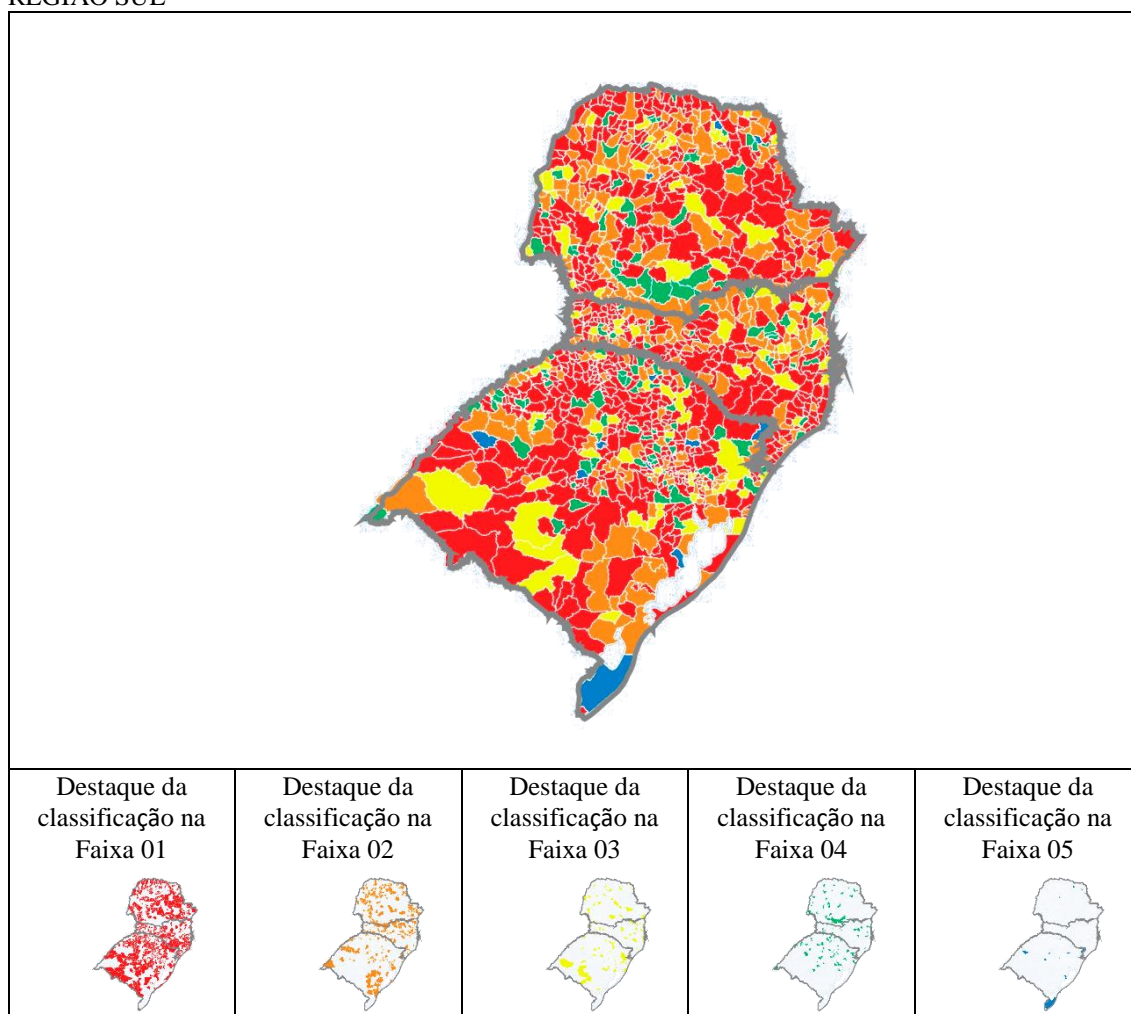
A Faixa 3, que era contemplada com 41 Municípios no ano de 2011, teve um salto para 67 Municípios no ano de 2014, com uma ampliação para 90 em 2015. Este quantitativo representava, no ano de 2011, 3,4% dos Municípios da região e passou para 5,6% no ano de 2014, evoluindo para 7,6% em 2015.

A Faixa 4, composta por 93 Municípios no ano de 2011, passou a ser integrada por 116 Municípios no ano de 2014 e 124 Municípios em 2015, representando 7,8%, 9,7% e 10,4%, respectivamente. A Faixa 5, considerando a conjuntura geral da região analisada, teve uma evolução significativa, embora não expressiva, na quantidade de Municípios com atendimento superior a 100% do previsto para a Estratégia Saúde da

Família, partindo de 8 Municípios no ano de 2011 para 12 em 2015. Isto representa 0,7% e 1%, respectivamente, da integralidade dos Municípios da Região Sul.

Portanto, para a Região Sul, seguindo-se as diretrizes traçadas pela Portaria 2.488/2011-MS, no ano de 2015 e mesmo diante de todas as políticas de saúde indutivas, 88,6% dos Municípios estão abaixo do percentual de 75% das equipes de Saúde da Família recomendado para atuar na Atenção Básica de Saúde. Ressalte-se que mais de 59,4% destes Municípios estão abaixo de 25% da meta estipulada de equipes de Saúde da Família para atendimento da população. Mesmo com este cenário, a Região em análise é a que se encontra em melhor condição na oferta dos serviços primários de saúde se comparada às demais regiões, pois 11,4% dos Municípios que a integram estão classificados nas Faixas 4 ou 5.

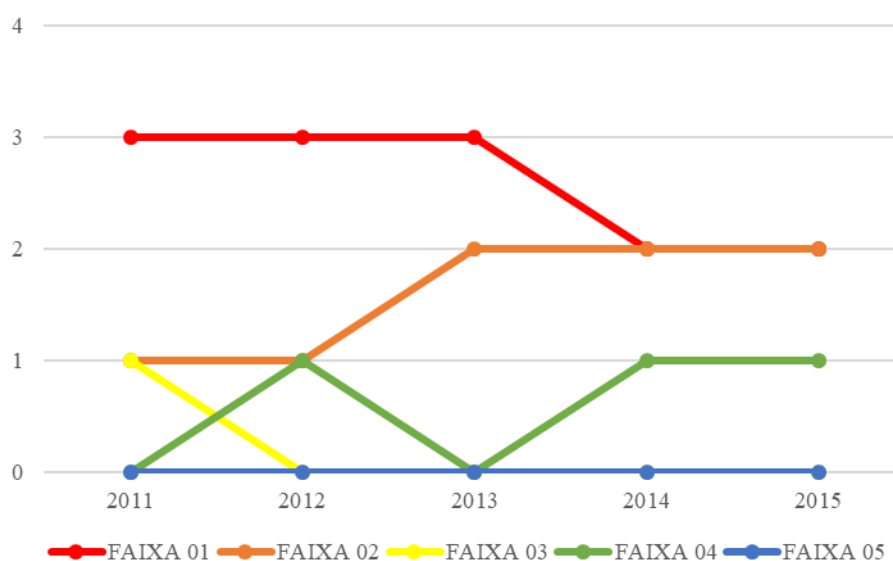
FIGURA 5 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – REGIÃO SUL



Fonte: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

A FIGURA 5 apresenta, graficamente, a classificação dos Municípios que integram a Região Sul por faixas de atendimento de equipes de Saúde da Família no ano de 2015. Este mapa permite visualizar a situação precária vivenciada pela região em análise ao demonstrar a predominância de Municípios classificados na Faixa 1, conforme evidenciado anteriormente na análise do GRÁFICO 33.

GRÁFICO 34 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – REGIÃO SUL



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	3 (60,0%)	3 (60,0%)	3 (60,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)
FAIXA 02	1 (20,0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)
FAIXA 03	1 (20,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
FAIXA 04	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)
FAIXA 05	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	5	5	5	5	5

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

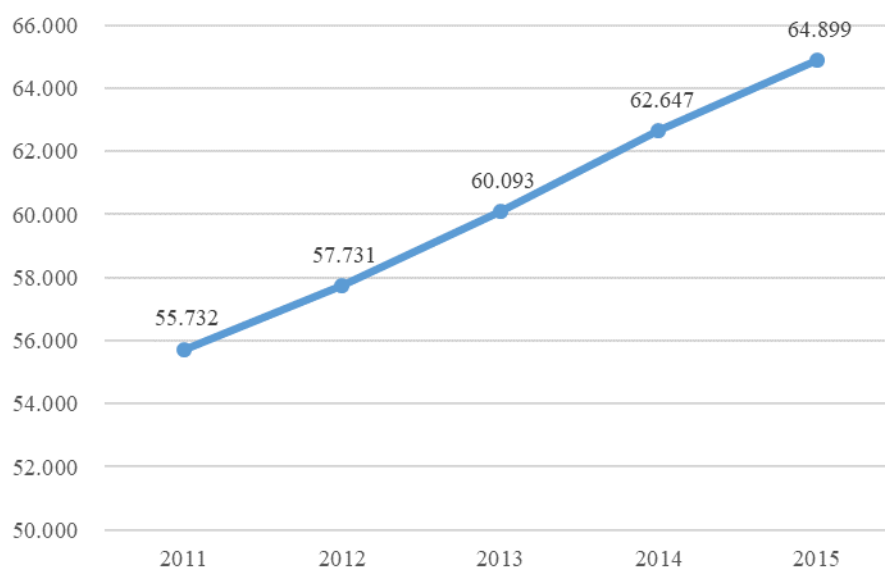
O GRÁFICO 34 demonstra a evolução comparativa entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, pertencentes à Região Sul por faixa de atendimento. Nesta condição enquadram-se 5 localidades, as quais correspondem a 0,42% dos Municípios da região. Este é o menor percentual de Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo dentre todas as regiões analisadas.

A evolução decorrente das políticas indutivas por parte do Estado para a implementação das equipes de Saúde da Família para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, no caso da Região Sul, foi

melhor que a tendência identificada para os demais Municípios que não se enquadram nesta classificação dentro desta Região. Embora quantitativamente a evolução seja pequena, percentualmente o impacto mostra-se considerável. Enquanto em 2011 60% dos Municípios estavam na Faixa 1, a partir do ano de 2014 este percentual reduziu para 40%. A Faixa 2 era composta por 20% dos Municípios em 2011, passando a contar com 40% a partir do ano de 2014. A Faixa 4 passou a ser preenchida por 20% dos Municípios no ano de 2012, regrediu para 0% em 2013, retornando a 20% em 2014.

Mesmo com esta grande alternância de posições entre os 5 Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, 80% estão abaixo da Faixa 2, isto é, estão abaixo de 50% do número recomendado de equipes de Saúde da Família para atendimento na Região, aplicando-se a orientação da Portaria 2.488/2011-MS.

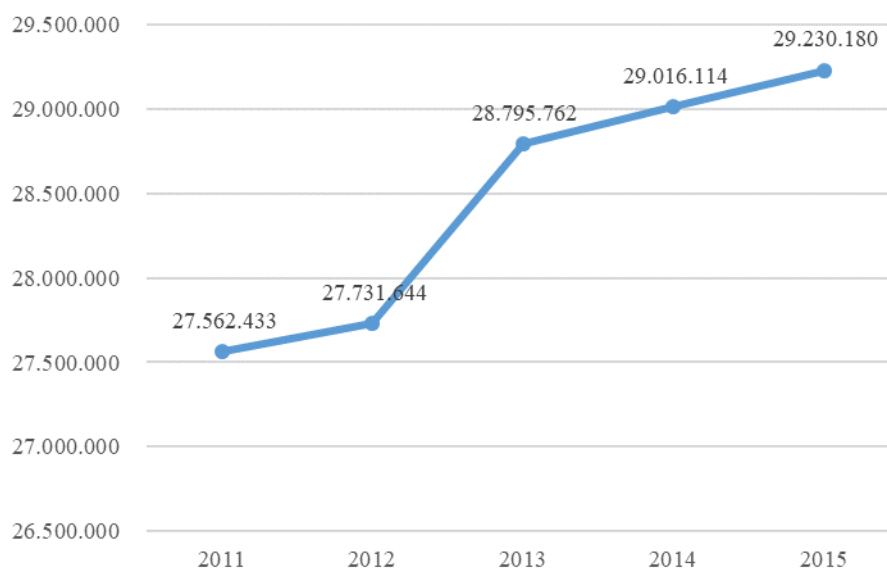
GRÁFICO 35 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – REGIÃO SUL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 35 revela para o período de 2011 a 2015, em relação aos médicos com inscrição principal ativa nos Estados que integram a Região Sul, um aumento de 9.167 médicos, passando de 55.732, em 2011, para 64.899 profissionais ativos no ano de 2015. Isto corresponde ao aumento de 16,4% destes profissionais com inscrição principal ativa no período analisado.

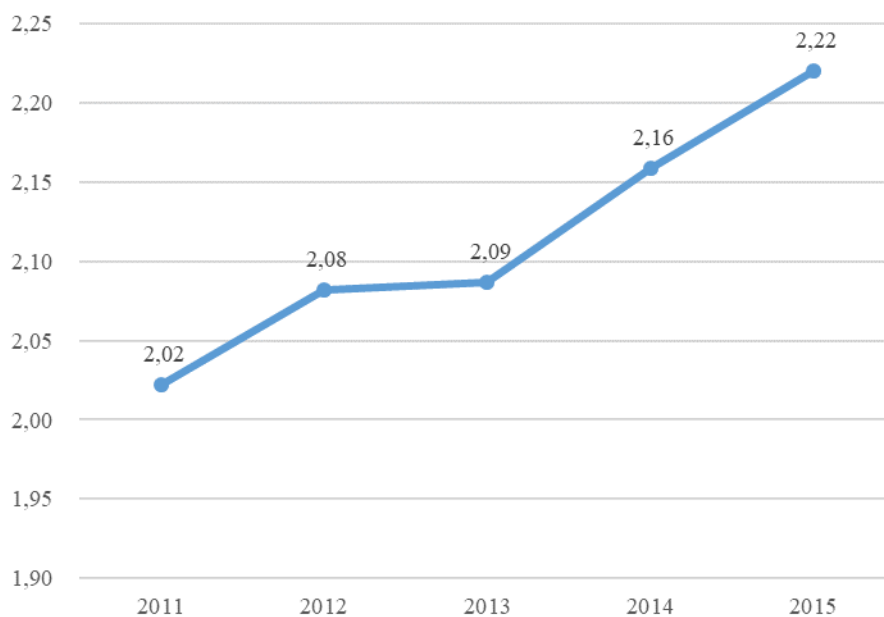
GRÁFICO 36 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – REGIÃO SUL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Conforme consta do GRÁFICO 36, a população estimada da Região Sul era de 27.562.433 no ano de 2011, passando para 29.230.180 em 2015. Houve, portanto, um aumento de 1.667.747 habitantes, gerando um crescimento de 6,1% no período analisado.

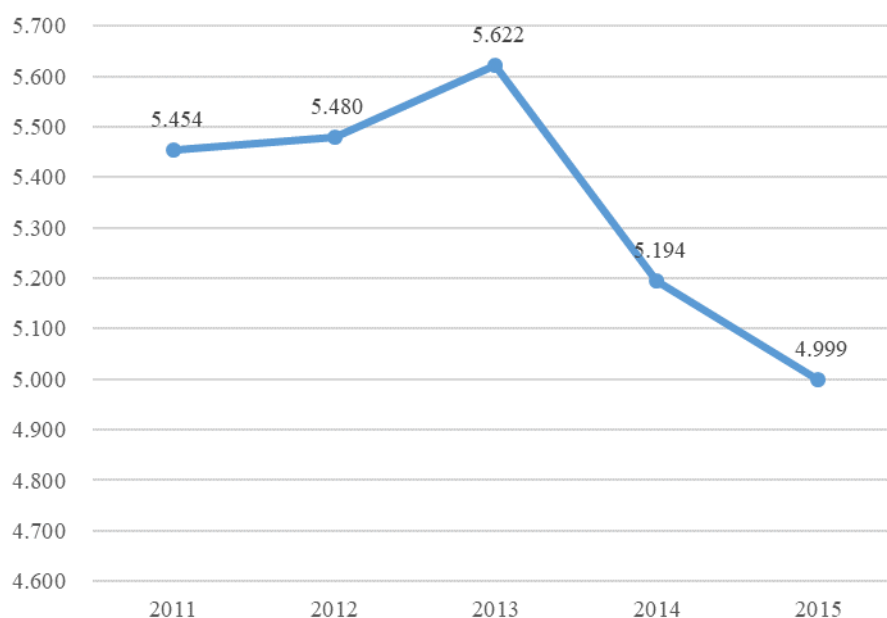
GRÁFICO 37 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – REGIÃO SUL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 37 demonstra a análise combinatória das variáveis do quantitativo de médicos com inscrição ativa com a estimativa populacional da Região Sul. Indica para o ano de 2011, a proporção de 2,02 médicos por mil habitantes. Esta relação aumentou para 2,22 médicos por mil habitantes no ano de 2015. Esta Região somente perde para a Região Sudeste neste quesito, também estando acima da média nacional de 2,05 médicos por mil habitantes. Todavia, a Região Sul não conseguiu atingir a meta idealizada pelos formuladores do Programa Mais Médicos de 2,7 médicos por mil habitantes, objetivo superado apenas pela Região Sudeste que conta, no ano de 2015, com 2,74 médicos por mil habitantes.

GRÁFICO 38 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – REGIÃO SUL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2011a; 2016d e 2016h) e CFM (2016).

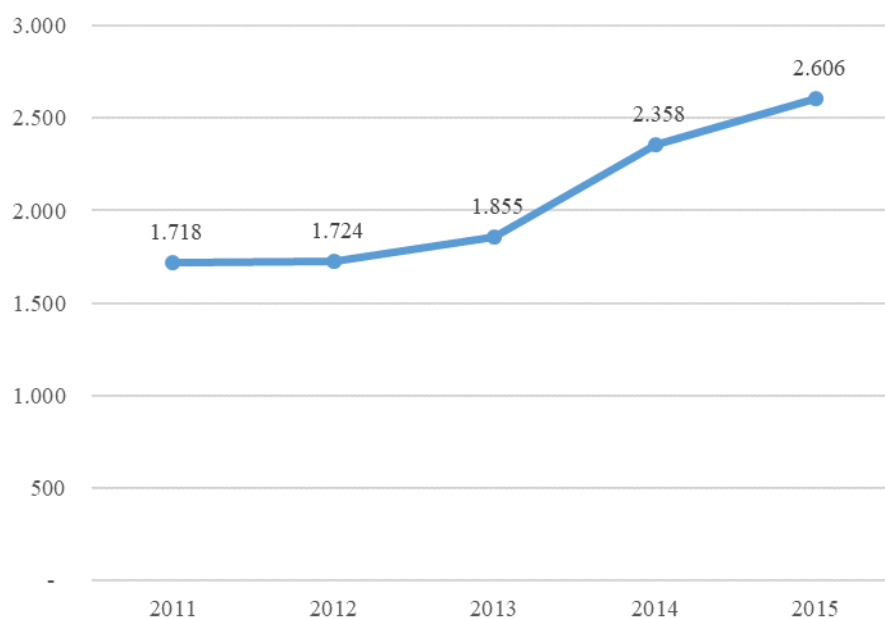
O GRÁFICO 38 demonstra a quantidade de médicos necessários para estruturar as equipes de Saúde da Família para atender acima de 75% da população da Região Nordeste no período analisado (2011 a 2015), considerando-se que cada equipe de Saúde da Família deve contar com um profissional médico. Em 2011 eram necessárias 5.454 equipes de Saúde da Família. Este número reduziu para 4.999 equipes no ano de 2015, revelando uma evolução de 8,3% das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, de médicos.

Houve o aumento de 16,4% no número de médicos com inscrição ativa na Região Sul no período analisado. Esta proporção é superior ao aumento populacional de

6,1%, com o acréscimo de 9.167 novos profissionais ativos, houve a redução de apenas 455 equipes de Saúde da Família necessárias. Neste ponto, a Região Sul é a que mais conseguiu fixar médicos na Atenção Básica de Saúde, mas este número não se revela significativo para sanar os problemas identificados de insuficiência destes profissionais nesta área.

A inferência referente ao desinteresse dos médicos em atuar nas equipes de Saúde da Família decorre da modificação do perfil dos médicos que passaram a integrá-las a partir do ano de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos. Durante o período analisado, a Região Sul contou com 1.718 equipes de Saúde da Família no ano de 2011, atingindo a marca de 2.606 em 2015, apresentando maior crescimento a partir do ano de 2013, como se vê no GRÁFICO 39.

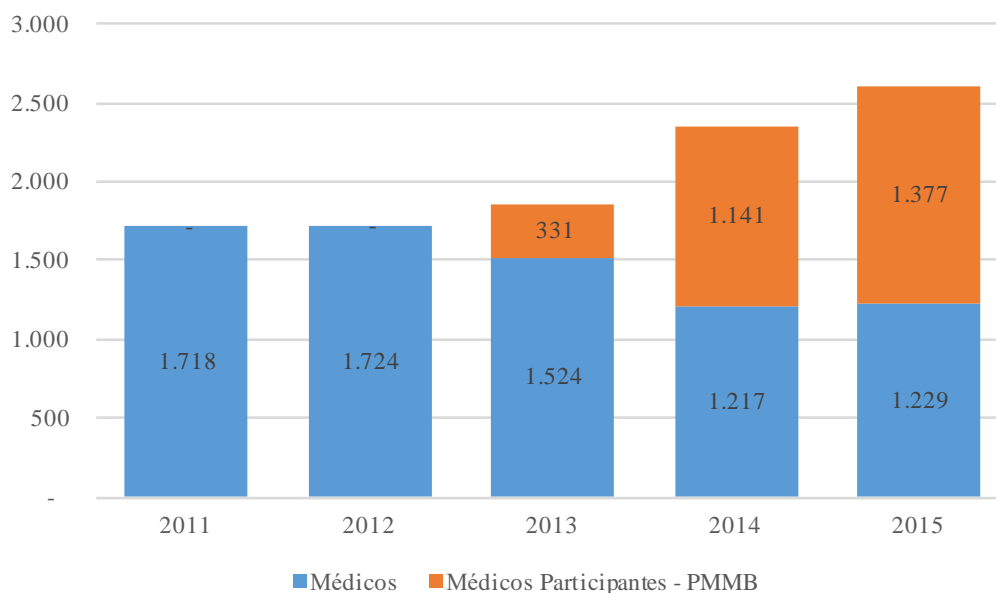
GRÁFICO 39 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – REGIÃO SUL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Em que pese a evolução da quantidade de equipes de Saúde da Família existente, a partir do ano de 2013, verifica-se a substituição dos médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família pelos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como consta do GRÁFICO 40.

GRÁFICO 40 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – REGIÃO SUL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016g e 2016h)

Enquanto nos anos de 2011 e 2012 todo o corpo das equipes de Saúde da Família era estruturado por médicos pertencentes à Estratégia Saúde da Família, em 2013 17,84% passou a ser constituído por participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este percentual subiu para 48,39% em 2014 e 52,84% em 2015.

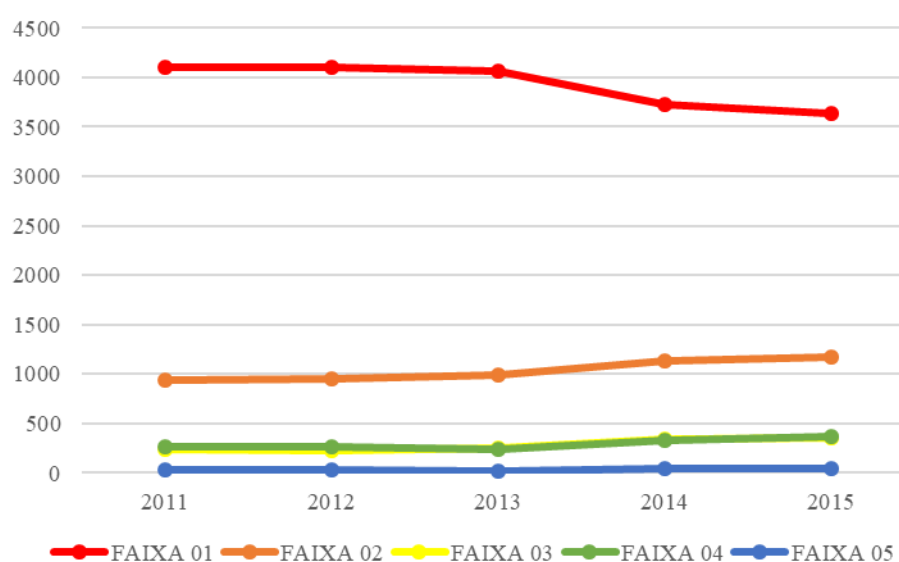
A conjuntura apresentada da Atenção Básica de Saúde quando vista pela perspectiva da inserção de mais médicos na saúde pública nacional por meio do Programa Mais Médicos evidencia o esvaziamento da Estratégia Saúde da Família.

5.3 DIAGNÓSTICO NACIONAL DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA ÁREA MÉDICA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Os indicadores apresentados na subseção anterior ('5.2') apontam a suficiência de médicos ativos para dar pronto atendimento à Atenção Básica de Saúde, junto às equipes de Saúde da Família em âmbito nacional. Por isso, a presente subseção destina-se a apresentar o diagnóstico nacional dos recursos humanos em saúde na área médica da Atenção Básica de Saúde.

O GRÁFICO 41 demonstra a evolução comparativa, por faixa de atendimento, entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos 5.570 Municípios que integram o Brasil. Ressalta-se que o número de Municípios no Estado Brasileiro sofreu alteração no período analisado com a emancipação das seguintes localidades: Paraíso das Águas/MS; Mojuí dos Campos/PA; Pinto Bandeira/RS; Balneário Rincão/SC; e Pescaria Brava/SC. Todas essas alterações territoriais estão incorporadas à metodologia das estimativas populacionais oficiais a partir do ano de 2012 (BRASIL, 2016h).

GRÁFICO 41 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF – BRASIL



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	4.098 (73,6%)	4.099 (73,6%)	4.062 (72,9%)	3.729 (66,9%)	3.635 (65,3%)
FAIXA 02	940 (16,9%)	946 (17,0%)	995 (17,9%)	1.133 (20,3%)	1.168 (21,0%)
FAIXA 03	238 (4,3%)	232 (4,2%)	257 (4,6%)	336 (6,0%)	358 (6,4%)
FAIXA 04	265 (4,8%)	265 (4,8%)	234 (4,2%)	329 (5,9%)	364 (6,5%)
FAIXA 05	29 (0,5%)	28 (0,5%)	22 (0,4%)	43 (0,8%)	45 (0,8%)
Total	5.570	5.570	5.570	5.570	5.570

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

Para a Faixa 1 houve uma redução de 4.098 Municípios para 3.635 no período analisado (2011-2015). Portanto, no ano de 2011, 73,6% dos Municípios estavam enquadrados na Faixa 1, reduzindo este percentual para 65,3% no ano de 2015, com uma melhora significativa em relação às demais faixas, principalmente nos anos de 2014 e 2015. Para a Faixa 2 partiu-se de 940 Municípios em 2011 para 995 em 2013, 1.133 em 2014 e 1.168 para o ano de 2015, o que corresponde, respectivamente, a 16,9%, 17,9%, 20,3 e 21% do total dos Municípios brasileiros.

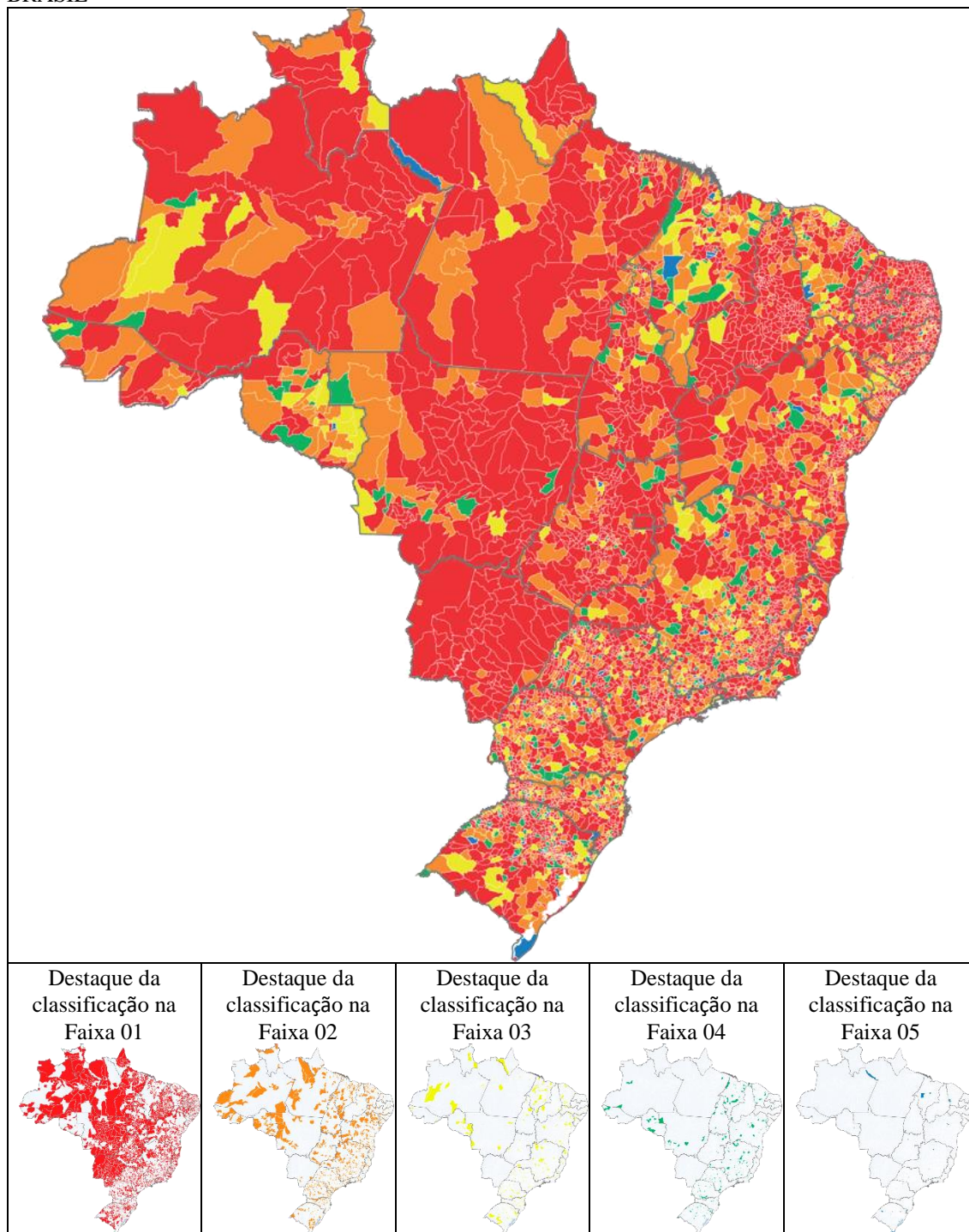
A Faixa 3, que era contemplada com 238 Municípios no ano de 2011, teve um salto para 257 Municípios no ano de 2013, com uma ampliação para 336 em 2014 e 358 em 2015. Este quantitativo representava, no ano de 2011, 4,3% dos Municípios e passou para 4,6% no ano de 2013, evoluindo para 6% em 2014 e 6,4 em 2015.

A Faixa 4, composta por 265 Municípios no ano de 2011, reduziu para 234 no ano de 2013, aumentou para 329 em 2014, evoluindo para 364 Municípios em 2015, representando 4,8%, 4,2%, 5,9 e 6,5%, respectivamente. A Faixa 5, que apresenta os Municípios com atendimento superior a 100% do previsto para a Estratégia Saúde da Família, contemplou 29 Municípios no ano de 2011, reduzindo para 22 no ano de 2013 e aumentando significativamente para 43 no ano de 2014 e 45 em 2015. Isto representa, considerando-se a integralidade dos Municípios nacionais, a módica percentagem de 0,5% em 2011, 0,4 em 2013 e 0,8% nos anos de 2014 e 2015.

Portanto, em âmbito nacional, seguindo-se as diretrizes traçadas pela Portaria 2.488/2011-MS, no ano de 2015 e mesmo diante de todas as políticas de saúde indutivas, 65,3% dos Municípios estão abaixo do percentual de 25% das equipes de Saúde da Família recomendado para atuar na Atenção Básica de Saúde, ou seja, integram a Faixa 1.

Ressalte-se que 92,7% dos Municípios estão abaixo de 75% da meta estipulada de equipes de Saúde da Família para atendimento da população. Isto revela o fracasso das práticas implementadas no âmbito da saúde pública nacional em relação aos serviços primários de saúde, pois apenas 7,3% dos Municípios estão classificados nas Faixas 4 ou 5, dentre os quais apenas 45 Municípios conseguiram superar a meta de uma equipe de Saúde da Família para cada 3.000 habitantes.

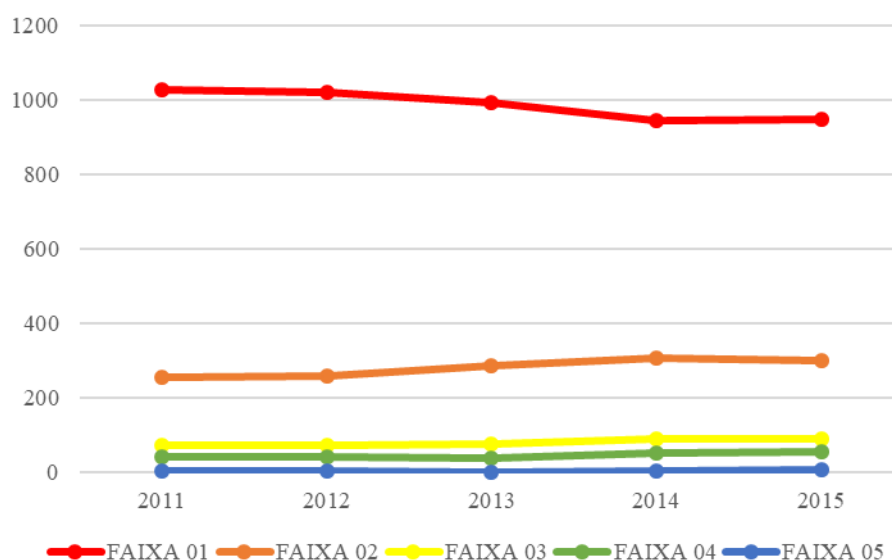
FIGURA 6 – CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR FAIXAS DE eSF NO ANO DE 2015 – BRASIL



Fonte: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

A FIGURA 6 apresenta, graficamente, a classificação dos Municípios que compõem o Brasil por faixas de atendimento de equipes de Saúde da Família no ano de 2015. Este mapa permite visualizar a situação precária vivenciada pelo Estado ao demonstrar a predominância de Municípios classificados na Faixa 1, conforme evidenciado anteriormente na análise do GRÁFICO 41.

GRÁFICO 42 - QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM IDHM MUITO BAIXO OU BAIXO POR FAIXAS DE eSF – BRASIL



FAIXAS	2011	2012	2013	2014	2015
FAIXA 01	1.026 (73,3%)	1.022 (73,1%)	993 (71,0%)	944 (67,5%)	947 (67,7%)
FAIXA 02	256 (18,3%)	259 (18,5%)	286 (20,4%)	306 (21,9%)	299 (21,4%)
FAIXA 03	72 (5,1%)	72 (5,1%)	78 (5,6%)	91 (6,5%)	91 (6,5%)
FAIXA 04	41 (2,9%)	43 (3,1%)	40 (2,9%)	53 (3,8%)	55 (3,9%)
FAIXA 05	4 (0,3%)	3 (0,2%)	2 (0,1%)	5 (0,4%)	7 (0,5%)
Total	1.399	1.399	1.399	1.399	1.399

FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016h).

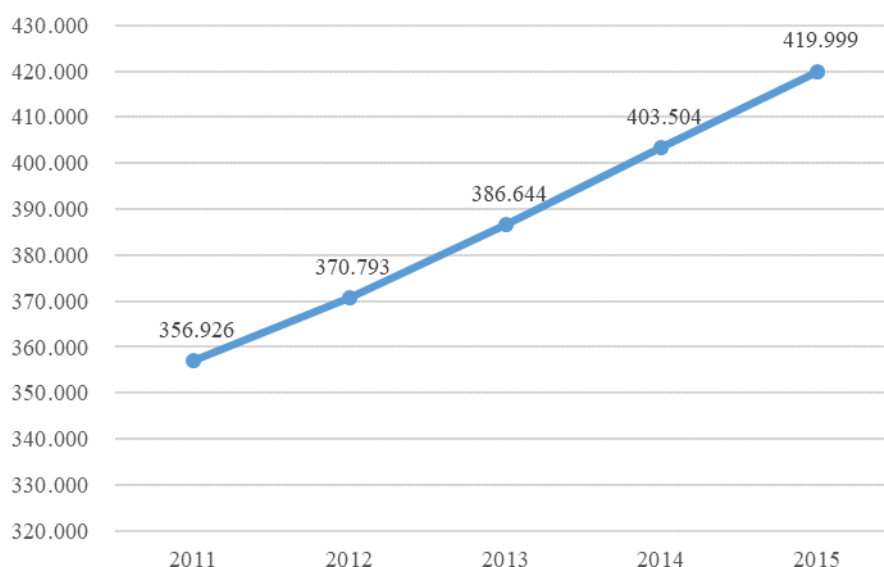
O GRÁFICO 42 demonstra a evolução comparativa entre o quantitativo de equipes de Saúde da Família recomendado e o número de equipes de Saúde da Família existente nos Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo em âmbito nacional, por faixa de atendimento. Nesta condição enquadram-se 1.399 localidades, as quais correspondem a 25,12% dos Municípios brasileiros.

A evolução decorrente das políticas indutivas por parte do Estado para a implementação das equipes de Saúde da Família para os Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, em território nacional, seguiu a tendência identificada para os demais Municípios que não se enquadram nesta classificação, com uma melhora mais significativa para os Municípios enquadrados na Faixa 2, especialmente no ano de 2014, identificado como o ápice evolutivo do período analisado, quando 306 Municípios passaram a integrar esta Faixa. Mesmo assim, 95,6% dos Municípios com este perfil encontram-se igual ou abaixo de 75% do número

recomendado de equipes de Saúde da Família para atendimento, dos quais 67,7% estão abaixo de 25%, aplicando-se a orientação da Portaria 2.488/2011-MS.

Atente-se, ainda, que do total de 1.399 Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal muito baixo ou baixo, somente 55 estão enquadrados na Faixa 4 e apenas 7 Municípios conseguiram superar os critérios estabelecidos relativos ao quantitativo necessário de equipes de Saúde da Família para atendimento da população nacional com este perfil.

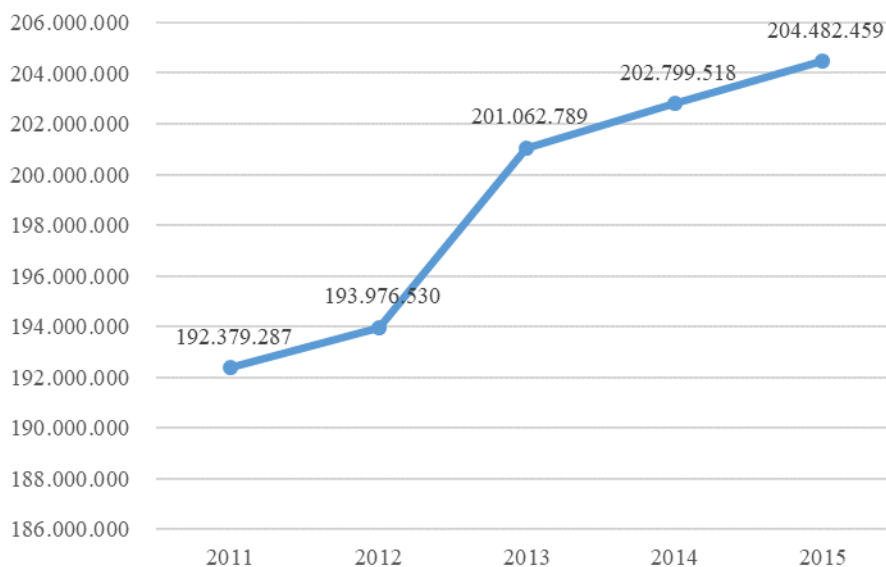
GRÁFICO 43 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA – BRASIL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 43 revela para o período de 2011 a 2015, em relação aos médicos com inscrição principal ativa em âmbito nacional, um aumento de 63.073 médicos, passando de 356.926, em 2011, para 419.999 profissionais ativos no ano de 2015. Isto corresponde ao aumento de 17,7% destes profissionais com inscrição principal ativa no período analisado.

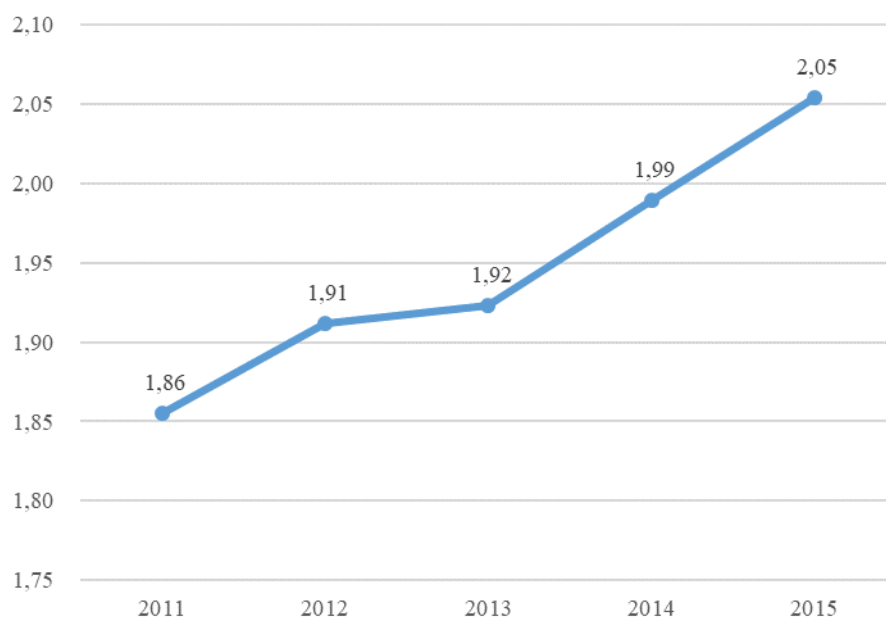
GRÁFICO 44 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO POPULACIONAL – BRASIL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Conforme consta do GRÁFICO 44, a população brasileira estimada era de 192.379.287 no ano de 2011, passando para 204.482.459 em 2015. Houve, portanto, um aumento de 12.103.172 habitantes, gerando um crescimento de 6,3% no período analisado.

GRÁFICO 45 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS COM INSCRIÇÃO PRINCIPAL ATIVA POR MIL HABITANTES – BRASIL

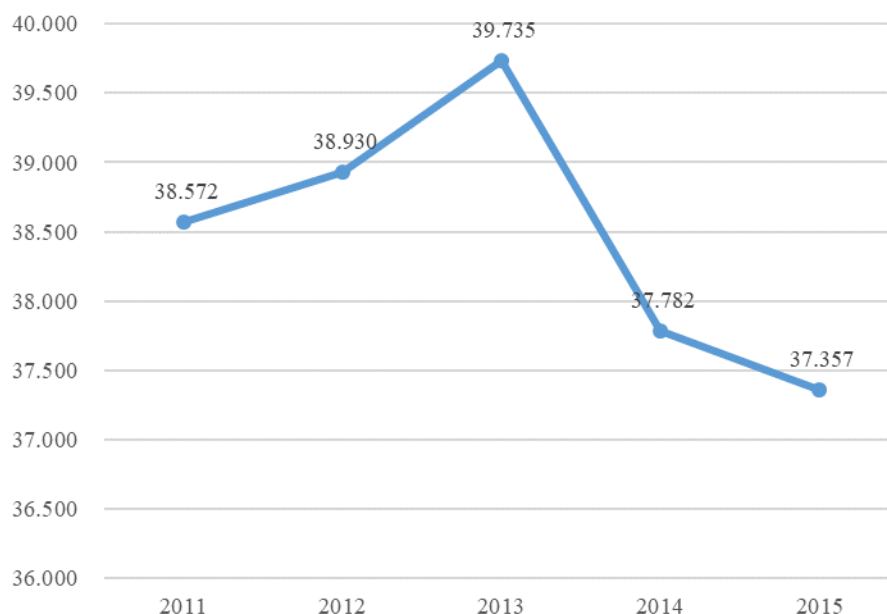


FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h) e CFM (2016).

O GRÁFICO 45 demonstra a análise combinatória das variáveis do quantitativo de médicos com inscrição ativa com a estimativa populacional brasileira. Indica para o ano de 2011, a proporção de 1,86 médicos por mil habitantes. Esta relação aumentou para 2,05 médicos por mil habitantes no ano de 2015. Todavia, a proporção encontrada para as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste é inferior à média nacional e a identificada para as Regiões Sul e Sudeste superam esta razão.

Atente-se, ainda, que a média nacional, de 2,05 médicos por mil habitantes é inferior ao ideal perseguido pelos formuladores do Programa Mais Médicos de 2,7 médicos por mil habitantes, objetivo superado apenas pela Região Sudeste que conta, no ano de 2015 com 2,74 médicos por mil habitantes. Este cenário, todavia, não retira o sucesso identificado em relação ao novo impulso gerado no crescimento do quantitativo de médicos decorrente da implementação do Programa Mais Médicos.

GRÁFICO 46 - PROJEÇÃO DO QUANTITATIVO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS PARA SUPRIR A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE – BRASIL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2011a; 2016d e 2016h) e CFM (2016).

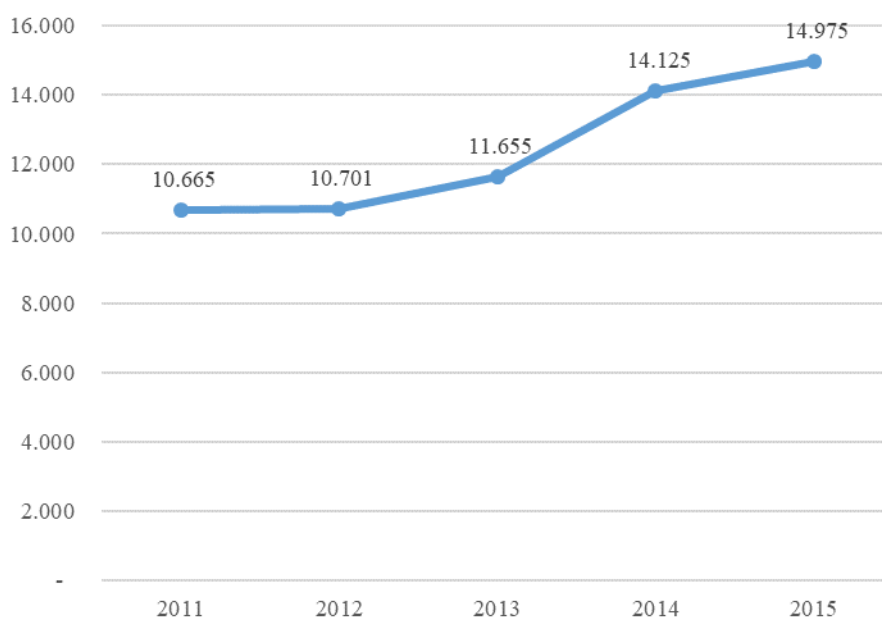
No ano de 2015 o Brasil contou com 14.975 equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2016d). Todavia, o GRÁFICO 46 demonstra a quantidade de médicos necessários para estruturar as equipes de Saúde da Família para atender acima de 75% da população brasileira no período analisado (2011 a 2015), considerando-se que cada equipe de Saúde da Família deve contar com um profissional médico. Em 2011 eram necessárias 38.572 equipes de Saúde da Família, seguindo uma curva ascendente até o

ano de 2013, passando a serem necessárias 39.735 equipes. Este número reduziu a partir do ano de 2014, apresentando uma queda para 37.782 equipes de Saúde da Família, chegando a 37.357 no ano de 2015. A evolução entre 2011 e 2015 foi de 3,1%.

Houve o aumento de 17,7% no número de médicos com inscrição ativa no Brasil no período analisado. Esta proporção é superior ao aumento populacional de 6,3%, com o acréscimo de 63.073 novos profissionais ativos, houve a redução de apenas 1.215 equipes de Saúde da Família necessárias. Este número, porém, não se revela significativo para sanar os problemas identificados de insuficiência destes profissionais para atuar na Atenção Básica de Saúde.

A inferência referente ao desinteresse dos médicos em atuar nas equipes de Saúde da Família decorre da modificação do perfil dos médicos que passaram a integrá-las a partir do ano de 2013, com a implementação do Programa Mais Médicos. Durante o período analisado, o Brasil contou com 10.665 equipes de Saúde da Família no ano de 2011, atingindo a marca de 14.975 em 2015, apresentando maior crescimento a partir do ano de 2013, como se vê no GRÁFICO 47.

GRÁFICO 47 - EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE eSF – BRASIL

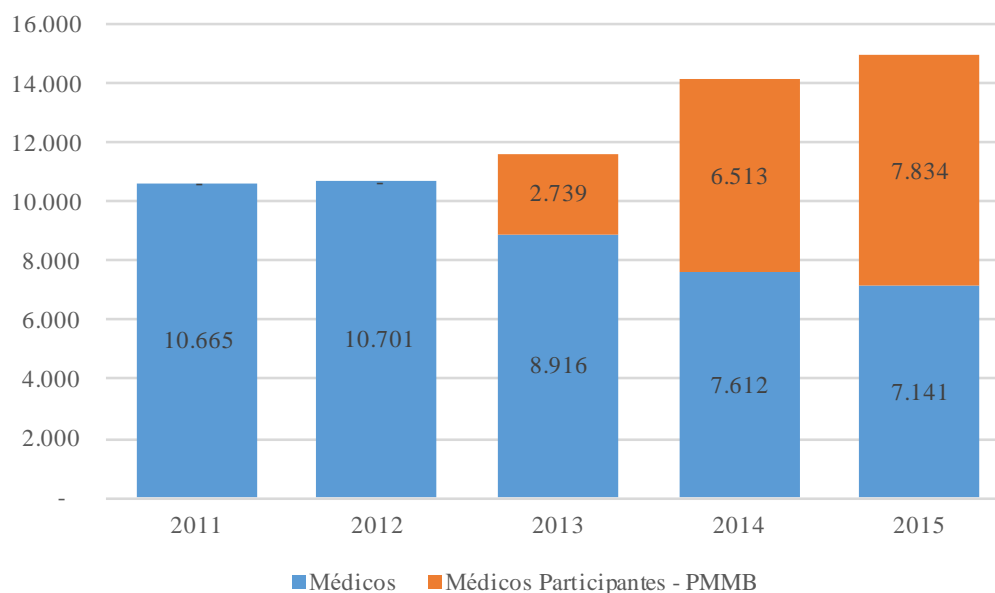


FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d e 2016h).

Em que pese a evolução da quantidade de equipes de Saúde da Família existente, a partir do ano de 2013, verifica-se a substituição dos médicos vinculados à Estratégia

Saúde da Família pelos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, como consta do GRÁFICO 48.

GRÁFICO 48 - DEMONSTRATIVO DA EVOLUÇÃO DAS eSF E DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL – BRASIL



FONTE: A Autora (2017), com base em: Brasil (2016d; 2016g e 2016h).

Enquanto nos anos de 2011 e 2012 todo o corpo das equipes de Saúde da Família era estruturado por médicos pertencentes à Estratégia Saúde da Família, em 2013 23,50% passou a ser constituído por participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Este percentual subiu para 46,11% em 2014 e 52,31% em 2015.

A conjuntura apresentada na Atenção Básica de Saúde quando vista pela perspectiva da inserção de mais médicos na saúde pública nacional por meio do Programa Mais Médicos evidencia o esvaziamento da Estratégia Saúde da Família. A implementação do Programa vem se apresentando como uma alternativa de trabalho aos médicos pela via transversa da especialização destes profissionais. Em verdade, os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considerando o critério formativo acadêmico prévio, consistente no título de graduação em medicina, deveriam deter todos os conhecimentos necessários para o exercício da atividade de generalista, cuja especialização deveria ser visualizada como verdadeiro mecanismo de aperfeiçoamento profissional e não de aproximação com a realidade sanitária nacional.

Na prática está ocorrendo a substituição paulatina de um programa de saúde pública de longo alcance por uma política de governo que visa, tão somente, aumentar o

quantitativo de médicos no Estado. Os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, em razão das regras estabelecidas para adesão, não podem desempenhar suas atividades de forma contínua no âmbito da Atenção Básica de Saúde por expressa proibição legal (BRASIL, 2013e).

Portanto, a tentativa de visualizar a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos por um único prisma, como programas de saúde complementares, gera a saturação das medidas adotadas pelo governo para inserir médicos em regiões consideradas prioritárias para o SUS, seja pela impossibilidade de permanência dos participantes por período superior à seis (6) anos, como prevê os artigos 14, § 1º e 18, *caput*, da Lei nº 12.871/2013 seja pela finitude do celeiro mundial de médicos com interesse em aperfeiçoar-se na Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2011b; COUTO, 2015; SCHEFFER, 2013).

5.3.1 A concentração geográfica de médicos e a necessidade de repensar a gestão dos recursos humanos em saúde no Brasil

A análise apresentada neste estudo, seguindo as perspectivas normativa e avaliativa, considerou a dinâmica estrutural, formativa e ocupacional dos médicos destinados a prestar os serviços primários de saúde no Brasil. Esta pesquisa possibilitou delinear os desafios que foram enfrentados e aqueles pendentes de enfrentamento pelo Poder Público para consolidar o Sistema Único de Saúde com a finalidade de instituir um mecanismo de gestão dos recursos humanos capaz de superar o diagnóstico de descumprimento da atribuição estatal referente à desconcentração geográfica dos médicos no território nacional. Esta questão foi identificada como um problema historicamente complexo e pendente de solução.

Os indicadores apresentados neste capítulo revelam a principal descoberta da tese: existem médicos mais que suficientes para atender a Atenção Básica de Saúde, considerando-se o quantitativo apontado como ideal pelo próprio Poder Público por meio da Portaria nº 2.488/2011-GM/MS. Os desdobramentos deste estudo, quanto ao enfrentamento dos desafios pendentes de superação, exigem aprofundamentos para compreender a forte concentração geográfica dos profissionais em determinadas localidades e, ao mesmo tempo, o desinteresse dos médicos ativos em trabalhar para a esfera pública.

Em verdade, os vazios assistenciais do nível primário de atenção fornecido pelo Poder Público decorrem da ausência de médicos interessados em desenvolver seus labores nas regiões consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde. Foi isto que culminou na aproximação da educação superior em saúde às práticas profissionais sanitárias desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, conforme apresentado nos capítulos '2' a '4'. Diante desta confluência, as tentativas de solução do problema assinalado orientaram-se, em linhas gerais, por dois subtemas: a formação médica e a gestão do trabalho em saúde, as quais se desenvolveram separadamente ao longo do tempo.

A formulação do Programa Mais Médicos objetivou englobar simultaneamente ambas as perspectivas – formativa e de gestão de recursos humanos em saúde. Conforme referido no *item '4.2.2'*, este Programa caracteriza-se como o mecanismo mais recente voltado a aproximar a educação do sistema sanitário; ampliar quantitativamente o número de vagas para o curso de medicina; e interiorizar os serviços médicos por meio do Projeto Mais Médicos para o Brasil. No que tange à segunda hipótese – de ampliar o celeiro profissional na área médica – o Programa Mais Médicos não vincula o superávit destes expertos ao desenvolvimento de suas atividades profissionais na esfera pública de saúde. Este liame constitui requisito obrigatório somente durante a fase da graduação ou da especialização fornecida pelo Projeto Mais Médicos do Brasil (BRASIL, 2013a; 2013d; 2015b; COUTO, 2015).

A mensuração dos dados realizada nesta tese permite identificar que a formulação do Programa Mais Médicos se pautou na premissa equivocada, defendida em reiterados discursos dos agentes políticos, de insuficiência quantitativa de médicos para satisfazer as necessidades da saúde pública nacional (BRASIL, 2013a; 2013d; 2015b; COUTO, 2015). Cedendo a estes estímulos, os objetivos perseguidos pelo Programa atrelaram-se com maior vigor à reestruturação da grade curricular do curso de medicina e à ampliação quantitativa de cursos oferecidos nesta área em detrimento de promover a alocação e a retenção de médicos nas áreas consideradas prioritárias para o Sistema Único de Saúde.

Este desfecho encontra-se relatado por Carvalho, Marques e Silva (2016) ao analisarem, por via transversa, a contribuição do Programa Mais Médicos em relação às recomendações da Organização Mundial da Saúde relacionadas ao aprimoramento da atração, do recrutamento e da retenção destes profissionais em áreas remotas e rurais. Referidos autores constataram que o Programa atendeu apenas 37,5% de um total de

dezesseis recomendações⁷⁷. Asseveram, ainda, como ponto relevante que entre as recomendações não contempladas, encontra-se a ausência de programas de desenvolvimento da carreira profissional (CARVALHO; MARQUES; SILVA; 2016).

Considerando-se estas peculiaridades, os dados sintetizados no Quadro 4 permitem comparar os percentuais das distribuições da população estimada, dos médicos, dos integrantes do Programa Mais Médicos para o Brasil e da proporção de médicos por mil habitantes por região. Este quadro, ao contrário dos demais indicadores apresentados nesta tese, contempla todos os médicos participantes do Programa Mais Médicos. Em outros termos, integram esta análise todos os médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, participantes ou não da Estratégia Saúde da Família. Cumpre lembrar que o número de médicos vinculados a este Projeto para o ano de 2013 perfaz o total de 4.463 profissionais; em 2014 contemplou a cifra de 10.366 participantes; e, em 2015 atingiu o patamar de 12.097 integrantes, descontados aqueles que foram desligados durante o período analisado. Traçadas estas observações, incumbe apresentar os percentuais distributivos identificados.

⁷⁷ As orientações da Organização Mundial da Saúde apontam para quatro categorias de intervenções aptas a serem aplicadas, globalmente, para melhorar a atração, o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, as quais se dividem em dezesseis recomendações: *i*) categoria educativa: políticas de admissão de estudantes de áreas rurais para aumentar a probabilidade do graduado desenvolver as atividades profissionais em áreas rurais; estabelecimento de cursos de graduação em medicina em áreas rurais; aproximar o graduando das experiências profissionais afetas às áreas rurais; rever a grade curricular educacional para incluir mais matérias relativas à atenção básica e à temas rurais; estabelecer projetos de educação continuada e programas de desenvolvimento profissional; *ii*) categoria regulatória: regulamentar pormenorizadamente as práticas sanitárias a serem realizadas nas áreas rurais e remotas para aumentar a satisfação no trabalho; incluir equipes multiprofissionais nas áreas rurais; instituir serviço obrigatório em áreas rurais, com apoio e incentivo adequados; fornecer subsídios educacionais para os alunos que se propuserem a exercer suas atividades nas áreas rurais; *iii*) categoria de incentivo financeiro: combinar um pacote de incentivos fiscalmente sustentáveis, a exemplo de transporte livre, férias remuneradas, auxílio habitação, entre outros; *iv*) categoria de apoio profissional e pessoal: estabelecer melhores condições de vida social e aos trabalhadores mediante investimento em infraestrutura e serviços, a exemplo de saneamento, eletricidade, telecomunicações, entre outros; assegurar o funcionamento adequado do ambiente de trabalho, mediante a disponibilidade de equipamentos e suprimentos adequados; implementar ações destinadas a promover a cooperação profissional; apoiar planos de desenvolvimento de carreiras profissionais específicas para trabalhadores rurais; desenvolver redes de associação entre os profissionais; implementar medidas de reconhecimento público para fins de valorização profissional (WHO, 2010c; CARVALHO, MARQUES, SILVA, 2016).

QUADRO 4 - COMPARATIVO ENTRE AS DISTRIBUIÇÕES DA POPULAÇÃO ESTIMADA, DOS MÉDICOS, DOS INTEGRANTES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL E DA PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR MIL HABITANTES POR REGIÃO

Período	Descrição	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
2011	População estimada	8,4%	27,8%	7,4%	42,1%	14,3%
	Profissionais médicos	4,0%	16,5%	7,0%	57,0%	15,6%
	Relação de médicos por mil habitantes	0,88	1,10	1,75	2,51	2,02
2012	População estimada	8,4%	27,8%	7,4%	42,0%	14,3%
	Profissionais médicos	4,0%	16,7%	7,1%	56,7%	15,6%
	Relação de médicos por mil habitantes	0,91	1,15	1,82	2,58	2,08
2013	População estimada	8,5%	27,7%	7,5%	42,0%	14,3%
	Profissionais médicos	4,1%	16,8%	7,2%	56,3%	15,5%
	Programa Mais Médicos para o Brasil	13,4%	47,4%	4,1%	22,2%	12,8%
	Relação de médicos por mil habitantes	0,93	1,17	1,86	2,58	2,09
2014	População estimada	8,5%	27,7%	7,5%	42,0%	14,3%
	Profissionais médicos	4,2%	16,9%	7,3%	56,1%	15,5%
	Programa Mais Médicos para o Brasil	10,7%	34,2%	6,3%	31,7%	17,1%
	Relação de médicos por mil habitantes	0,97	1,21	1,93	2,66	2,16
2015	População estimada	8,6%	27,7%	7,6%	41,9%	14,3%
	Profissionais médicos	4,2%	17,0%	7,4%	55,9%	15,5%
	Programa Mais Médicos para o Brasil	11,0%	35,6%	6,5%	30,6%	16,2%
	Relação de médicos por mil habitantes	1,01	1,26	2,00	2,74	2,22

Fonte: A Autora (2017), com base em: Brasil (2011a; 2016d e 2016h) e CFM (2016).

Depreende-se da leitura do referido quadro que, para o ano de 2015, os médicos em atividade no país encontram-se localizados nas regiões Sudeste, Nordeste, Sul, Norte, Centro-Oeste, correspondente à distribuição quantitativa nos percentuais de 55,9%; 17,0%; 15,5%; 7,4%; e 4,2%, respectivamente. Porém, em relação ao mesmo período (2015), seguindo-se a variável de médicos por mil habitantes, o cenário se altera, cuja maior proporção está concentrada nas regiões Sudeste e Sul (respectivamente 2,74 e 2,22 médicos por mil habitantes). Por seu turno, as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte são as que possuem a menor proporção de médicos por mil habitantes durante todo o período

analisado (retendo, para esta ordem, a relação de 2,00; 1,26; e 1,01 médicos por mil habitantes no ano de 2015).

A conjuntura exposta torna explícita a assertiva de que oferta de médicos no país, notadamente em decorrência da ampliação das vagas para a graduação em medicina fomentada pelo Programa Mais Médicos, não alterou a desigualdade na distribuição destes profissionais, mantendo-se as discrepâncias regionais. Como se isto não fosse suficiente, as medidas indutivas apontam para a concentração do excedente médico em localidades mais povoadas por estes profissionais, cujo aumento do quantitativo de médicos *per capita* não significou a resolução dos problemas de distribuição geográfica destes profissionais no Brasil.

Dentro deste contexto, considerando-se os participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, é possível inferir que as medidas indutivas do Estado de distribuição geográfica dos médicos vinculados ao Projeto contemplaram, primordialmente, as regiões Nordeste e Sudeste, para onde foram alocados 35,6% e 30,6% dos participantes no ano de 2015. Os dados confirmam, ainda, o descaso com a região Norte, que apresenta a pior proporção de médicos por mil habitantes em comparação às demais regiões durante todo o período analisado, pois recebeu apenas 11,0% dos participantes do Projeto no ano de 2015.

Estes fatores não retiram o mérito do Programa Mais Médicos, que conseguiu ampliar o aporte de profissionais médicos em todo o território nacional ao melhorar o indicador de médicos por mil habitantes em todo o país. No entanto, o referido Programa, reiteradamente, vem desrespeitando as prioridades regionais de alocação médica ao permitir que se perpetue e aprofunde a desigualdade na distribuição médica dentro do território nacional. Explica-se: durante todo o período analisado, a região Sudeste contemplou a melhor proporção de médicos por mil habitantes. Para o ano de 2015, superou o ideal nacional perseguido pelo Estado de 2,7 médicos por mil habitantes ao atingir a proporção de 2,74 médicos por mil habitantes. Surpreendentemente, esta foi a segunda região nacional que mais recebeu médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, estando à frente, inclusive, da região Norte, a mais carente de todas durante todo o período analisado. Para o ano de 2015, a região Sudeste recebeu um aporte de 30,6% dos médicos vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, enquanto a região Norte recebeu a segunda menor percentagem, correspondente, tão somente, a 11,0% dos participantes.

Atente-se que o valor de 0,04 médicos por mil habitantes localizados na região Sudeste que supera o ideal nacional de 2,7 médicos por mil habitantes corresponde ao número de 3.430 profissionais. Por outro lado, para que todos os Municípios que integram a região Norte sejam contemplados com a quantidade de médicos necessárias para estruturar as equipes de Saúde da Família com aptidão de atender acima de 75% da população, para o ano de 2015, atingindo a faixa 4, seriam necessários 3.057 médicos, ou seja, um número menor do que o superávit verificado na região Sudeste, cuja realocação permitiria à região Norte alcançar a proporção de 1,21 médicos por mil habitantes. Este dado, por si só, afasta o mito da dificuldade em resolver o problema evidenciado, pois considerando-se a situação posta, uma ação mais efetiva do Estado na distribuição e alocação de 0,04 médicos por mil habitantes supriria a escassez de profissionais para a região Norte e não alteraria significativamente as condições da região Sudeste, mantendo-a dentro da proporção ideal de médicos por mil habitantes perseguida pelo Estado.

Logo, priorizar a ampliação quantitativa do número de médicos ativos, sem direcionar o exercício profissional, tende a gerar mais equívocos e omissões sobre os meandros a serem percorridos para a melhoria da Atenção Básica de Saúde em âmbito nacional e o atendimento dos preceitos constitucionais vigentes. A assimetria de informação ou a distorção na análise da realidade sanitária nacional que fundamentou a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, conferindo prioridade de alocação dos participantes nas regiões com maior proporção de médicos por mil habitantes, constitui fator determinante à incapacidade de se atingir a universalização da saúde no tocante ao acesso aos serviços sanitários.

Esta leitura está em sintonia com as análises realizadas por Maciel Filho (2007) e Scheffer (2013), os quais sustentam que a maior parte dos profissionais médicos em atividade está localizada nos grandes centros urbanos e em regiões com melhor desenvolvimento econômico e infraestrutura social. Isto revela o fracasso de todas as medidas indutivas praticadas pelo Estado, inclusive por meio do Programa Mais Médicos, que não conseguiu efetivar o processo de desconcentração e distribuição equânime desta força de trabalho em todo o território nacional.

A junção de todas estas circunstâncias converge para consolidar a precariedade quanto aos critérios organizacionais e gerenciais de alocação desta força de trabalho, com o subsequente fortalecimento dos mecanismos que regem o sistema sanitário privado, no qual vige, preponderantemente, o interesse de mercado. Segundo Luz (2013), a ação

prestacional do Estado deve afastar-se desta última concepção, notadamente porque a saúde, quando vista sob a ótica de uma mercadoria, transforma-se em direito de poucos.

Ao lado de todas estas contingências, o crescimento do número de médicos ativos no país informado pelo Conselho Federal de Medicina durante o período analisado (CFM, 2016) permite concluir que a expansão quantitativa destes profissionais está sendo revertida para o suprimento do sistema sanitário privado. Logo, não há como negar que existe uma divergência de interesses entre a vontade dos profissionais médicos ativos e os ideais perseguidos pelo Estado em reverter parcela desta força de trabalho para atender as necessidades sanitárias da população.

É imprescindível tornar o ambiente público atrativo para o exercício da medicina, notadamente o nível primário de atenção que detém a incumbência de resolver a maioria dos problemas sanitários da população brasileira. No entanto, esta prática exige a eleição de alternativas adequadas que dependem de uma abordagem distinta da praticada nesta tese, partindo-se da compreensão de que há um vácuo regulamentador institucional quanto à gestão distributiva dos recursos humanos na área médica que perpassa, inclusive, os fundamentos educacionais. Esta baixa intervenção regulatória do Estado e a heterogeneidade das práticas inerentes aos recursos humanos em saúde, na forma exercitada, parece representar um elemento repulsivo, causador de desestímulo ao exercício da medicina no setor público.

Ao eleger a desregulamentação como ponto relevante para a resolução do problema identificado, torna-se necessário analisar os possíveis instrumentos regulamentadores admitidos pelo ordenamento jurídico brasileiro e abordar variáveis que não foram analisadas nesta tese, as quais podem ser desmembradas em fatores internos e externos. No que tange aos fatores internos, há que se perquirir os elementos volitivos dos médicos que reverberam na escolha da localidade para desempenhar a atividade laboral. Estes elementos tangenciam o senso de pertencimento e altruísmo social, atrelado a critérios familiares e de projeção econômica pessoal destes profissionais. Por seu turno, os fatores externos englobam diversos elementos que compõem as condições organizacionais dos serviços de saúde e outros que transbordam do sistema sanitário, mas com ele se relacionam. Neste ponto, há que se perquirir sobre critérios econômicos afetos ao Estado e à população como um todo, tais como redução dos níveis de pobreza; critérios sociais de equidade, compreendidos como mecanismo capaz de obstar a desigualdade; critérios ambientais, institucionais e geográficos relativos aos meios de acesso às

localidades e à infraestrutura disponibilizada para viver e trabalhar; critérios culturais, educacionais, políticos, dentre outros.

É apropriado identificar fatores preditivos individuais, isto é, elementos subjetivos capazes de gerar previsões testáveis sobre a localização escolhida pela categoria médica para desenvolver suas práticas profissionais no território nacional brasileiro. Inclusive, é possível seguir o exemplo de estudo desenvolvido por Leonardson, Lapierre e Hollingsworth (1985), os quais estabeleceram projeções e correlações referentes ao tamanho da comunidade onde o profissional e seu respectivo cônjuge cresceu; o número e a necessidade de contato com colegas de profissão; a importância atribuída à educação continuada; a relevância para o médico de crescimento profissional; a predileção por disponibilidade de instalações adequadas para o desenvolvimento do labor, entre outras variáveis interdependentes que repercutem nesta escolha.

À semelhança do que afirmam Nocera e Wanzeried (2002), a importância de se realizar pesquisas aprofundadas para compreender como os médicos escolhem o local para praticar suas atividades profissionais exige que uma série de questões sejam respondidas de forma detalhada. No caso brasileiro, tornam-se relevantes as questões destinadas a compreender a concentração de médicos em certas áreas do país, notadamente as regiões Sudeste e Sul, em detrimento das demais regiões. Também é pertinente compreender se existe divergência na concentração profissional em determinadas regiões, considerando-se a generalidade e as especialidades médicas, bem como delimitar as consequências econômicas e sociais de uma distribuição desigual de médicos no território brasileiro, identificando-se os espaços para a intervenção política capaz de afetar esta distribuição, bem como perquirir de que forma e em qual medida a distribuição desigual de médicos no território nacional reflete uma falha do Estado em gerir os recursos humanos em saúde do país (NOCERA; WANZERIED, 2002).

Além disso, é adequado realizar uma revisão de experiências e políticas de sucesso aplicadas no plano internacional que permitam melhor desenhar estratégias de curto, médio e longo prazo para realizar a desconcentração médica e a respectiva alocação em todo o território nacional. Este aprofundamento investigativo afasta-se da conotação de privilégio à classe profissional médica, porquanto volta-se a superar o hiato pertinente à estruturação de um corpo de trabalho médico apto a atuar na Atenção Básica de Saúde e a realizar o propósito de universalização do Sistema Único de Saúde.

Uma investigação pormenorizada, considerando todos estes elementos, permite afastar distorções interpretativas sobre os elementos subjetivos inerentes à prática profissional dos médicos em atividade no país e os ideais integram o imaginário do Poder Público. Adentrar às minúcias objetivas, por seu turno, permite afastar outros mitos que permeiam a realidade sanitária nacional, tudo com a finalidade de encontrar a melhor solução possível destinada a atingir a meta perseguida pelo Estado brasileiro de cobertura universal de saúde, por se tratar de um direito fundamental assegurado constitucionalmente.

Agir deste modo permite transferir ao Poder Público, com segurança, o direito e o dever de controlar o estoque de profissionais médicos que integra o país, para que faça prevalecer o interesse público sobre o privado. Os dados apresentados nesta tese destacam não só a ausência de regulamentação sobre este tema, como também a inexistência de controle do Estado sobre os recursos humanos na área médica, além do desconhecimento sobre os motivos do destino profissional seguido pelos médicos formados que se dirigem massivamente para o sistema sanitário privado.

Portanto, a ineficiência do Estado quanto ao problema identificado reside em ambos os subtemas mencionados no início deste item (formação médica e gestão destes recursos humanos), haja vista não ter exercido, efetivamente, sua atribuição de regulamentar o setor e, tampouco instrumentalizado um método educacional adequado a atender às necessidades sanitárias nacionais, pois os critérios formativos até então adotados ainda não atingiram o objetivo de capacitar e reverter uma parcela ínfima dos médicos para atuarem no serviço público.

Enfim, a alteração da realidade identificada somente será alcançada por meio da sinergia das ações e estratégias interventivas praticadas pelos diversos setores que integram o Poder Público, acrescidas da participação ativa da sociedade e dos profissionais médicos que queiram transformar este setor. Esta movimentação, sedimentada em dados concretos, é imprescindível para redesenhar a política pública existente de forma articulada e dinâmica com a finalidade de tornar factível o Sistema Único de Saúde, pois mais de vinte e nove (29) anos se passaram desde a promulgação da Carta Constitucional e as premissas nela inseridas de universalidade, equidade e integralidade no atendimento da saúde continuam sendo utópicas frente à ineficiência do sistema de saúde público que não consegue atender a todos os cidadãos.

5.4 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Esta seção cumpre a ‘*alínea e*’ dos objetivos específicos apontados na introdução desta tese ao avaliar a distribuição da densidade médica brasileira, mediante a construção e análise de indicadores fundamentados em dados fornecidos pelo Poder Público referente ao período compreendido entre os anos de 2011 e 2015, aptos a demonstrar a suficiência de médicos para suprir os vazios assistenciais do setor. Este estudo permitiu responder de forma eficaz a questão de pesquisa de número ‘4’ ao evidenciar que a proporção de médicos ativos no Brasil não justifica os vazios assistenciais decorrentes da escassez destes profissionais na Atenção Básica de Saúde, porque o número de médicos ativos em muito supera a necessidade do setor.

Testou-se a hipótese de pesquisa ao evidenciar que há médicos ativos no território nacional brasileiro suficientes para suprir as necessidades da Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, universalizar os serviços disponibilizados na Atenção Básica de Saúde. Efetivamente, esta conjuntura decorre da ausência de mecanismos de desconcentração e distribuição profissional no território brasileiro.

Os indicadores utilizados para a testagem sedimentaram-se em dados disponibilizados em sistemas públicos e permitiram apresentar dados reais e projeções quantitativas. Atrêlam-se, ainda, às informações fornecidas pelo Conselho Federal de Medicina e pela Nota Técnica 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS sobre o número de médicos com inscrição principal ativa no território nacional e de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, integrantes da Estratégia Saúde da Família.

Foi possível identificar o número existente de médicos com inscrição principal ativa, disponibilizado pelo Conselho Federal de Medicina; a estimativa populacional; o número existente de equipes de Saúde da Família. Ainda, foram realizadas projeções sobre o quantitativo de médicos necessários para superar a desigualdade na alocação destes profissionais, bem como atingir o número ideal de médicos para atuar na Atenção Básica de Saúde em todo o território nacional.

Embora haja o efetivo aumento do quantitativo de médicos em atividade no país, os indicadores veiculados neste estudo demonstram que diante de todas as medidas indutivas, não foi possível atingir a pretensão constitucional de universalizar a cobertura de saúde pela ausência de profissionais médicos no serviço de saúde pública. Isto indica a necessidade de mudança da trajetória seguida pelo Poder Público no que tange à

abordagem da formação médica e da gestão dos recursos humanos, porquanto o caráter formativo deve estar atrelado, a um só tempo, às necessidades sanitárias nacionais e aos critérios organizacionais do Sistema Único de Saúde.

O Programa Mais Médicos, considerado a ação governamental mais recente destinada, dentre outros, a interiorizar os serviços médicos fornecidos na Atenção Básica de Saúde, revela-se como mecanismo enfraquecedor das diretrizes traçadas para a Atenção Básica de Saúde. Isto se deve à substituição dos profissionais médicos vinculados à Estratégia Saúde da Família por profissionais temporários, durante o período de especialização médica, e ao direcionamento da atuação dos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil desconsiderando as necessidades regionais.

O grande mote que deve ser atribuído a este Programa consiste na reestruturação da grade curricular dos cursos de medicina para a ampliação de vagas acadêmicas, com a finalidade de aumentar o quantitativo de profissionais. No entanto, esta prática educacional está totalmente dissociada de um sistema de gestão apto a promover a desconcentração geográfica dos médicos e destinar parcela dos recursos humanos formados para trabalharem no Sistema Único de Saúde. Portanto, os preceitos idealizados pelo Programa Mais Médicos mantêm a dificuldade há tempos manifestada pelos Municípios interioranos e pelas periferias dos grandes centros urbanos na contratação e manutenção dos médicos em seus quadros funcionais (MACIEL FILHO, 2007; COUTO, 2013, SCHEFFER, 2013; BRASIL, 2013d e 2016g).

Se for considerada a evolução da Estratégia Saúde da Família, isoladamente, isto é, sem os participantes temporários do Projeto Mais Médicos para o Brasil, torna-se escancarado o declínio de um programa de Estado de longo alcance em detrimento de um programa de governo. Tendo por referência o ano de 2012, que contemplava em sua estrutura 10.701 médicos integrantes das equipes de Saúde da Família, houve uma redução de 16,68% no ano de 2013, sofrendo um acumulado de 28,87% em 2014, atingindo o ápice de 33,27% no ano de 2015, regredindo a Estratégia Saúde da Família ao patamar de 7.141 profissionais.

Embora não haja informações atualizadas sobre a forma de contratação dos médicos que integram as equipes de Saúde de Família, como abordado na subseção '5.1', uma vez contratados pelos Municípios ditos profissionais deverão cumprir às atribuições conferidas por intermédio da Portaria nº 2.488/2011-GM/MS, bem como observar os preceitos que regem a Estratégia Saúde da Família. Por seu turno, os médicos vinculados

ao Projeto Mais Médicos para o Brasil regem-se pela Lei nº 12.871/2013 e, por isso, não se submetem aos critérios normativos aplicados pela Estratégia Saúde da Família.

Projeções, utilizando diversas variáveis, apontam que o fato de ampliar a oferta de cursos de medicina e residência médica, com o respectivo aumento de graduados em relação à população, bem como a adesão de 12.097 participantes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, para o ano de 2015, não representa como efeito reflexo imediato, a diminuição das desigualdades na distribuição e concentração destes médicos no país. Este aumento também não significa o direcionamento dos médicos para atuarem no setor público de saúde nas regiões consideradas prioritárias, pois a tática do transbordamento de profissionais, isoladamente, não os levará aos lugares atualmente desassistidos. Há, portanto, uma “falsa ilusão de que a “sobra” irá povoar de médicos os locais atualmente desassistidos” (SCHEFFER, 2013, p. 09).

A mensuração dos dados revela que no ano de 2015 mais de 50% das 14.975 equipes de Saúde da Família brasileiras são compostas por médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Mesmo com este aporte temporário de médicos, seriam necessários, no mínimo, mais 37.357 médicos para atuarem junto às equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, levarem atendimento entre 75% e 100% da meta estipulada pela Portaria nº 2.488/2011-MS, consistente em uma equipe de Saúde da Família para cada 3.000 habitantes. Isto refletiria na ascensão de 5.161 Municípios à Faixa 4.

Para o ano de 2015, médicos 3,57% dos 419.999 médicos com inscrição principal ativa desempenharam suas atividades junto à Estratégia Saúde da Família. A inserção de 37.357 novos profissionais na atual estrutura básica de saúde representa o acréscimo de 8,89% dos médicos. Com esta ampliação, 12,46% dos profissionais ativos atuariam na Atenção Básica de Saúde.

Diante deste contexto, com a finalidade de fixar e estabelecer a permanência dos médicos em lugares de difícil provimento, cabe ao Estado ampliar sua habilidade político-administrativa, melhorar seu desempenho gestor tanto pela perspectiva do aperfeiçoamento dos mecanismos da formação e manutenção dos recursos humanos, quanto em relação aos gastos com o setor, pois a distribuição de médicos não está atrelada a aspectos quantitativos, cuja solução do problema evidenciado exige a análise de outras variáveis que não foram consideradas neste estudo.

Por fim, delimitado o quantitativo de médicos necessários (37.357 para o ano de 2015), torna-se possível realizar novos estudos, considerando outros eixos temáticos para suprir o problema evidenciado de distribuição e alocação destes profissionais, considerando-se o atendimento do interesse público, em sobreposição ao interesse privado, enquanto primazia do Estado no atendimento de seus deveres constitucionalmente estabelecidos, com a finalidade de distribuir 8,89% dos médicos ativos em todo o território nacional, de forma equânime.

Este cenário revela a superação do diagnóstico estreito apresentado pelo Estado, bem como a necessidade de modificar os caminhos trilhados até aqui por meio da regulamentação pormenorizada dos critérios distributivos da força de trabalho médica para suprir a Atenção Básica de Saúde. Todavia, a arquitetura dos indicadores construídos nesta tese e a mensuração de dados apresentadas somente terão relevância, com impactos político e social, se houver a interação com os condutores dos processos políticos e sociais aptos a viabilizarem a realização dos preceitos idealizados pelo Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estas considerações finais estruturam-se sobre quatro pontos distintos. Visam sintetizar o cumprimento dos objetivos inicialmente propostos; o êxito no teste da hipótese de pesquisa; bem como delinear os eventuais caminhos a serem seguidos para encontrar a solução apta a resolver o problema identificado de má distribuição e fixação de médicos na Atenção Básica de Saúde em todo o território nacional, além de reavivar as duas recomendações para estudos futuros que foram pontuadas ao longo da tese.

Quanto ao primeiro ponto, relativo ao *cumprimento dos objetivos inicialmente propostos*, o estudo logrou documentar, de forma cronológica e não exaustiva, os determinantes históricos referentes à oferta de médicos para a Atenção Básica de Saúde no Brasil, considerando-se: *i*) o processo de construção da cobertura universal de saúde no plano global, cobrindo um período de cento e sete (107) anos, que compreende desde a adoção do modelo flexneriano de organização da saúde, datado de 1910, até os eventos e relatórios mais recentes que versam sobre a gestão dos recursos humanos em saúde produzidos no âmbito da Organização Mundial da Saúde; e *ii*) a mudança de paradigma brasileiro da saúde eletiva à cobertura universal, relatando um período de oitenta (80) anos, de 1937, com a edição da Lei nº 378 que autorizou a realização de Conferências Nacionais de Saúde, até o ano de 2017 ao construir indicadores analíticos sobre a realidade sanitária do nível primário de atenção nacional. Esta cronologia permitiu examinar a mudança no uso de instrumentos de políticas públicas mediante a criação de programas, projetos e ações voltados a atingir uma distribuição equânime da força de trabalho médica no território nacional. Portanto, a tese ao invés de aprofundar a análise de um único programa, analisa a forma como uma ampla gama de programas e de articulações políticas foram estruturadas e introduzidas no plano nacional ao longo do período analisado, bem como a ineficiência das ações implementadas até então.

Os *dois primeiros capítulos* da tese atingiram o escopo de compilar os fundamentos normativos, os pressupostos, as estratégias e as diretrizes desenvolvidas no cenário internacional e nacional brasileiro referentes ao processo de discussão e construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre a promoção da saúde pela perspectiva dos paradigmas de ‘saúde para todos’ e ‘cobertura universal de saúde’, defendidos pela Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de atingir a universalidade de cobertura destes serviços. Isto revela o mote de que a saúde pública não

deve ser visualizada como um elemento isolado, mas como um complexo multifacetado e abrangente que envolve o plano global, local e individual, cuja forma de realização pode se dar de distintas maneiras e relaciona-se diretamente com elementos extrínsecos ao campo sanitário.

Ao percorrer os meandros do global para o local e da abstração para o concreto, especialmente nos *capítulos três e quatro*, foram analisadas as estruturas sobre as quais se assentam os serviços públicos de saúde oferecidos no Brasil, focalizando-se a cobertura universal de saúde como uma meta a ser atingida; a estruturação do Sistema Único de Saúde enquanto instrumento hábil a efetivá-la; e as articulações que permearam a agenda governamental na construção de possíveis soluções para cumprir o processo de universalização dos serviços sanitários. O *quarto capítulo* aprofundou ainda mais o estudo sobre a estrutura organizacional de recursos humanos em saúde pretendida e efetivada no sistema sanitário nacional. Neste ponto, explicitou-se como foram postas em práticas as ações destinadas a realizar a intenção do Poder Público de efetivar os preceitos constitucionais de universalidade dos serviços de saúde e integralidade do atendimento, mediante a adoção das mais variadas políticas, programas e ações sanitárias, inclusive ao reestruturar formação superior em saúde com a finalidade de alinhar os preceitos educacionais aos pressupostos institucionais do Sistema Único de Saúde.

Transitando cada vez mais de um itinerário idealista em direção ao pragmatismo, o *quinto capítulo* contemplou uma avaliação aprofundada sobre os recursos humanos na área médica da Atenção Básica de Saúde. As estatísticas públicas utilizadas para a construção dos indicadores apresentados permitiram uma apreciação contextualizada e comparativa no período compreendido entre os anos de 2011 e 2015 em todo o território nacional brasileiro no que tange à realidade vivenciada pelo setor analisado.

A análise da força de trabalho médico disponível no cenário nacional pela perspectiva de sua dinâmica estrutural, ocupacional e formativa, revela que a atuação desta categoria no setor da saúde pública constitui um dos elementos mais complexos da política pública sanitária brasileira. O estudo revelou um processo de experimentação – de tentativas e erros – e um acúmulo de experiências passadas com intrincados relacionamentos entre política, implementação de política e uso de instrumentos e programas de política que não atingiram o escopo pretendido de universalizar a cobertura dos serviços de saúde à população brasileira no que tange à interiorização dos profissionais médicos. Conquanto se saiba como estes instrumentos foram formulados,

implementados, modificados ou encerrados, não há explicações suficientes para compreender os fracassos obtidos, permanecendo o problema de iniquidade na distribuição de médicos na Atenção Básica de Saúde em todo o país.

No tocante ao segundo ponto, referente ao *êxito no teste da hipótese de pesquisa*, a abordagem global e nacional, bem como a delimitação temporal tornaram-se elementos indispensáveis à construção dos indicadores, os quais permitiram uma avaliação fundamentada da realidade sanitária da Atenção Básica brasileira. Utilizar este prisma permite refletir com maior segurança sobre os eventos ocorridos e os resultados obtidos durante o período analisado (2011-2015) ao afastar eventuais desconexões que poderiam surgir relativas ao contexto nacional e sua respectiva comunicação com o ambiente internacional. Um dos maiores desafios desta tese residiu na eleição de um método capaz de interpretar os fatos sem cair em eventuais armadilhas interpretativas caso o estudo se limitasse ao cenário nacional brasileiro, bem como afastar possíveis fragilidades estruturais na construção do modelo interpretativo apresentado para a análise dos dados disponibilizados pelo Poder Público.

As estatísticas públicas utilizadas para avaliação revelam que o Brasil dispõe de boas fontes de dados, acessíveis diretamente pela internet ou mediante consulta ao Portal de Acesso à Informação, as quais permitem aprofundar os estudos pertinentes à saúde pública nacional. Essa forma de disponibilizar os dados proporciona aos gestores do sistema de saúde e aos atores sociais interessados, a exemplo desta pesquisadora, a faculdade de construir variáveis analíticas e comparações que forneçam esclarecimentos relevantes e consistentes com a finalidade não só de avaliar o setor, como também de indicar correções de eventuais desvios de trajetória que naturalmente surgem ao longo do caminho que perpassa a implementação de políticas de longo alcance.

O método utilizado na tese para mensurar e interpretar os dados fornecidos pelo Poder Público mostra-se ousado por dois motivos: o primeiro, por estar alinhado ao protagonismo teórico produzido no plano internacional e nacional brasileiro sobre o itinerário percorrido para universalizar os serviços médicos no âmbito da atenção primária; o segundo, reside na habilidade de tornar este campo do conhecimento fértil para a construção de inúmeros métodos analíticos voltados a solucionar o problema de concentração destes profissionais em determinadas regiões do país.

A desagregação dos dados por Município permitiu delimitar, nesta escala e de forma precisa, as áreas não atendidas pelo serviço público primário. Os resultados

evidenciados pelos indicadores, considerando-se o escopo temático, a abrangência das cinco regiões – Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul – o período e os dados mensurados, constituem fonte privilegiada para comprovar que não há que se falar em racionamento, insuficiência ou escassez de médicos para desenvolverem suas atividades profissionais na Atenção Básica de Saúde. É neste ponto que reside o ineditismo do presente estudo, porquanto se estabeleceu um instrumento de análise apto a avaliar a realidade nacional pertinente aos serviços médicos oferecidos neste setor, como também apresentar uma prospecção quantitativa de médicos para sanar a carência profissional verificada na Atenção Básica de Saúde. Os resultados obtidos apontam para a necessidade de reestruturar a base organizacional destes recursos humanos enquanto uma política de Estado de longo alcance.

Em outras palavras, a análise dos indicadores é conclusiva quanto à suficiência, com sobra, de médicos para atuar na Atenção Básica de Saúde. Isto constitui a principal descoberta da tese. Consequentemente, o problema de escassez médica dentro do setor analisado, em verdade, recai sobre a ausência de critérios distributivos destes profissionais em todo o território nacional, notadamente porque o déficit de médicos no cenário da saúde pública brasileira vem contrastado pela oferta excessiva destes profissionais no setor privado e nos grandes centros urbanos. Ademais, os estudos apresentados aqui indicaram que a maior escassez destes expertos é identificada em áreas remotas e socioeconomicamente vulneráveis.

Como as estatísticas públicas sobre as tentativas de superar o problema de distribuição heterogênea de médicos foram todas obtidas a partir de documentos oficiais, é possível inferir que não houve mudança sobre a percepção do problema por parte dos governantes, inclusive em razão das discussões tangenciadas no bojo da agenda governamental de saúde aprofundadas no *terceiro capítulo*. Os agentes políticos permanecem argumentando que a carência destes profissionais no sistema público de saúde decorre do número insuficiente de profissionais formados para fazer frente às necessidades sanitárias do país. Há, portanto, desconsideração ou desconhecimento sobre o salto quantitativo de médicos formados no Brasil e o número de profissionais necessários para prover o setor público, especialmente o nível primário de atenção.

Na prática, a magnitude do problema quantitativo de médicos se reduziu, enquanto o de desconcentração e gestão destes recursos humanos se ampliou. A resolução desta faceta ampliada do problema talvez seja menos complexa do que o Poder Público

imagina e propala, porquanto existe um estoque efetivo de profissionais formados no país com capacidade para suprir as necessidades da Atenção Básica de Saúde. Em última instância, a deficiência na alocação de médicos nesta estrutura administrativa vincula-se ao desinteresse do exercício profissional neste setor, como evidenciado no *capítulo '5'*.

Na história nacional, as estratégias adotadas de desconcentração geográfica dos profissionais médicos – tais como o Projeto Rondon; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde; e o Programa de Serviço Civil Profissional em Saúde – foram todas descontinuadas e não atingiram o escopo pretendido. Em comparação, o Programa Mais Médicos mostra-se mais bem-sucedido, pois está atingindo o objetivo de aumentar o quantitativo de profissionais médicos ativos. Todavia, não está logrando sucesso na distribuição eficiente dos médicos no território nacional e no suprimento da demanda apresentada pela Atenção Básica de Saúde. A este respeito, afeto à demografia médica no Brasil, aplicam-se as mesmas conclusões apresentadas por Scheffer (2013), segundo as quais dentro de um país que segue as regras capitalistas, os novos profissionais são absorvidos pelo mercado de trabalho e se inclinam a desenvolver suas atividades nos grandes centros urbanos.

Dentro deste escopo, a Estratégia Saúde da Família apresenta-se como mecanismo adequado à universalização da cobertura dos serviços de saúde, embora esteja provado o processo de esvaziamento no seu quadro de médicos desde a formulação do Programa Mais Médicos. Os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família estão sendo substituídos, paulatinamente, por participantes temporários que aderiram ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. A identificação do esvaziamento e da rotatividade de médicos dentro do setor revela o cumprimento do objetivo de estudo traçado inicialmente de fornecer uma contribuição avaliativa sobre a realidade sanitária do nível primário de atenção, apta a subsidiar o processo decisório para a eleição de alternativas viáveis à solução do problema da distribuição irregular e fixação dos médicos no Brasil. Uma das possíveis formas de solução seria tornar a Estratégia Saúde da Família mais atrativa ao exercício profissional, por exemplo, ao regulamentar, de forma padronizada em todo o país, as relações de trabalho estabelecidas neste plano.

Todos os resultados apresentados permitem concluir que é chegada a hora de se alterar o paradigma oficialmente divulgado pelo Poder Público para reconhecer a suficiência de médicos para suprir a necessidade da Atenção Básica de Saúde. Deve ser

obstada a visão expansionista, voltada a formar um nível excedente de médicos, porquanto não é possível manter a compreensão de que o déficit destes profissionais para atuar no sistema público decorre da insuficiência de graduados ativos. Em verdade, há um superávit de médicos que está em atividade na esfera de saúde privada do país. Assim, não é possível manter a interpretação simplória de que a formação de um excedente de médicos será revertida para o setor público sem que haja políticas públicas e preceitos gerenciais que as deem suporte, notadamente porque no espaço nacional brasileiro a prestação dos serviços de saúde é híbrida e não veda o exercício profissional exclusivamente no setor privado.

A superação destes entraves atrela-se ao terceiro ponto destas considerações finais, destinado a *delinear os eventuais caminhos a serem seguidos para encontrar a solução apta a resolver o problema identificado – de má distribuição e fixação de médicos na Atenção Básica de Saúde em todo o território nacional*. Para atingir este escopo, por um lado, deve-se adotar o pressuposto global defendido pela Organização Mundial da Saúde e nacional brasileiro de que a universalização da saúde é inseparável do processo nacional de desenvolvimento socioeconômico, político e cultural do país e da população que o integra. A estabilização dos recursos humanos na área médica vincula-se a critérios normativos, educacionais, políticos, econômicos, entre outros com a finalidade de encontrar a equidade na distribuição dos serviços prestados à população. Por outro lado, é necessário separar fatores compreendidos como questões singulares, pertinentes à percepção sobre os processos de formação e alocação profissional dos médicos. Os critérios formativos e distributivos constituem elementos distintos, que impactam e são impactados de diferentes formas pelos determinantes sociais, políticos, econômicos, normativos, geográficos, demográficos, estruturais, ideológicos, dentre outros.

Em síntese, a resolução do problema perpassa, inicialmente, a integração da meta de cobertura universal de saúde aos elementos de desenvolvimento do país e, ao mesmo tempo, o desmembramento dos elementos educacionais e distributivos dos profissionais médicos no território nacional. Estes dois prismas (formação acadêmica e alocação profissional) devem ser analisados separadamente, à luz dos diversos determinantes anteriormente mencionados. Estes determinantes são complementares entre si e exercerem influência direta ou indireta sobre os critérios de formação acadêmica; de oferta de trabalho; de desenvolvimento da atividade profissional; e de alocação destes

expertos. Ainda permitem identificar uma forma viável de fomentar o exercício profissional nos locais de interesse do Estado. Alguns dos determinantes mencionados extrapolam o ambiente da política de saúde e da gestão de recursos humanos em saúde, mas com ela se relacionam positivamente para identificar as causas da concentração de médicos no país.

Esta perspectiva analítica segue a orientação da Organização Mundial da Saúde mencionada ao longo da tese de que a efetivação e a sustentabilidade a longo prazo de sistemas sanitários que objetivem a universalização dos serviços de saúde e a interiorização de profissionais desta área está atrelada ao desenvolvimento socioeconômico e à análise de diversos determinantes, a exemplo daqueles citados anteriormente. Isto tem por finalidade melhor delimitar os elementos subjetivos dos prestadores de serviços, a força de trabalho e forma de atuação profissional, os usuários e o espaço em que estas relações sanitárias se estabelecem.

No caso brasileiro, para migrar uma módica parcela dos médicos em atividade no país para o sistema público de saúde, instituindo-se uma política de longo alcance, é imprescindível mensurar os determinantes anteriormente mencionados sob o enfoque dos elementos formativos e distributivos dos médicos. Esta prática é fundamental para eleger o método mais hábil a corrigir as distorções identificadas.

O aprofundamento delineado exige uma atuação articulada dos Poderes que integram o Estado (Executivo, Legislativo e Judiciário). Compete ao Poder Público ampliar suas habilidades político-administrativas e melhorar seu desempenho gestor, tanto pela perspectiva do aperfeiçoamento dos mecanismos da composição e manutenção dos recursos humanos na área médica, quanto em relação aos gastos para a implementação das ações eleitas. Diante disso, sugere-se o estudo de variáveis analíticas que perpassam elementos externos e internos que circundam os eixos político-administrativo e técnico-gerenciais do Estado (capacidade institucional de estabelecer uma política de Estado, com infraestrutura adequada ao exercício profissional); educacional (formação para a saúde pública); socioeconômico (impacto social e orçamentário-financeiro); e jurídico (estabelecimento de regras homogêneas, aplicáveis a todo o território nacional). A busca pela solução mais adequada pode ser facilitada, inclusive, por meio da revisão de experiências e políticas análogas sobre os desenhos estratégicos adotados em regiões específicas dentro do território nacional brasileiro, ou

obtidas no ambiente internacional que permitam visualizar o enfrentamento do problema de forma satisfatória.

O aprofundamento dos estudos quanto ao eixo pertinente à viabilidade política-administrativa, técnico-gerencial, deve reconhecer a existência de um conjunto de orientações políticas e gerenciais decorrentes dos princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde. Este pressuposto é necessário para compreender os meandros percorridos para a implementar e efetivar as diretrizes e estratégias relativas à estruturação de um corpo de trabalho médico em todo o território nacional, bem como sua respectiva conformidade com as demais políticas vigentes no país.

Mapear os mecanismos de articulação e trânsito das informações de natureza política, incluindo o processo de tomada de decisões do plano central ao periférico, inclusive no que diz respeito ao campo de autonomia dos entes federados também constitui elemento relevante para universalizar a cobertura dos serviços médicos. Dentro deste escopo é imprescindível identificar a estrutura e a infraestrutura dotada pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e pela própria União para saber como efetivamente funcionam os serviços primários de saúde. Esta análise pode recair sobre as formas de contratação médica utilizadas pelos Municípios; os mecanismos utilizados para coordenar as estratégias e objetivos perseguidos pelos Estados e pela União, além de elementos de colaboração e coordenação entre todos os entes federados, relativos aos aspectos de continuidade administrativa das práticas eleitas para realizar a universalização da cobertura dos serviços de saúde.

No que tange aos aspectos de infraestrutura, seria interessante aprofundar a análise sobre a projeção populacional em comparação à capacidade de atendimento pelo quantitativo de Unidades Básicas de Saúde disponibilizadas por todos os Municípios que compõem o território nacional. Para tanto, é relevante saber se as instalações ocupadas pelas Unidades Básicas de Saúde são próprias dos entes federativos e se existem, em âmbito municipal, estadual e federal, planos diretivos sobre a projeção e construção das Unidades de Saúde destinadas a prestar os serviços de Atenção Básica de Saúde, para ser possível mensurar os espaços existentes e o quantitativo de Unidades Básicas de Saúde que deveriam ser imediatamente construídas para comportar o número de médicos necessários para prestar os serviços primários de saúde de forma universalizada. Há ainda, que se perquirir se o mobiliário das Unidades Básicas de Saúde obedece a um tipo ou a

tipos padronizados de *design* com vistas a atender de forma equânime os serviços sanitários prestados neste setor e se atendem, de maneira específica, às necessidades locais da população que compõe cada Município, bem como os critérios de manutenção ou subvenção destes estabelecimentos pelo Poder Público e se os entes federados dispõem de um serviço oficial e padronizado destinado à conservação e manutenção destes estabelecimentos.

Dentro deste contexto, a mensuração sobre o progresso ou o nível de cobertura dos serviços de saúde pode ser encontrada mediante a análise comparativa do número de pessoas existentes em comparação ao número de usuários que a estrutura fornecida pelo poder Público consegue atender. Esta análise, bem como o acompanhamento no desempenho da prestação dos serviços de saúde exige a eleição de um conjunto de indicadores-chave, a exemplo daqueles apresentados no último parágrafo da página 231, para acompanhar a evolução na eventual necessidade de construir Unidades Básicas de Saúde, considerando-se o avanço na prestação dos serviços para atingir a cobertura universal dos serviços médicos. Isto permitiria, por exemplo, realizar a aglutinação de populações pertencentes a Municípios limítrofes, com número populacional inferior àquele necessário para a formação de uma equipe de Saúde da Família, com a finalidade de atingir a proporção ideal de pessoas por equipe de Saúde da Família.

Considerando-se a extensão geográfica nacional, também cumpre saber se o Poder Público, em suas três esferas governamentais, dispõe de critérios de pesquisa destinado a identificar a situação de cada Município no que diz respeito a elementos epidemiológicos e métodos adotados na profilaxia das doenças no plano local e nacional. Quanto aos elementos externos à saúde, mas que com ela se relacionam, é relevante perquirir sobre a estrutura e funcionamento dos serviços de saneamento básico, entre outros, considerados essenciais para a qualidade de vida e a melhoria no índice de desenvolvimento humano.

Há que ser investigada a proporção de serviços sanitários de nível primário prestados à população municipal por intermédio dos serviços de saúde suplementar e complementar; o impacto financeiro da atividade suplementar; e quais as práticas adotadas pelos Municípios e pelo Estado para enfrentamento destes temas. Esta apuração é essencial para identificar os efetivos espaços de intervenção política aptos a reverter para o Poder Público o oferecimento dos serviços primários de saúde.

O aprofundamento dos estudos, considerando-se o eixo da viabilidade educacional, perpassa a compreensão de que o problema de distribuição e fixação dos médicos será resolvido desde que seja tratado como uma política de Estado, isto é, de longo alcance, alcançada por intermédio de intervenções intersetoriais. Esta interpretação mostra-se contrária às práticas precárias implementadas pelo Programa Mais Médicos, pois este é caracterizado como um programa de governo, com prazo certo para terminar e com curta periodicidade de permanência dos participantes dentro do Programa. Isto se reflete na alta rotatividade dos médicos e na descontinuidade dos serviços, vistos como um peyorativo que se contrapõe à noção geral de continuidade dos serviços públicos.

Outro aprofundamento que se mostra relevante é investigar o perfil educacional dos médicos que permanecem atuando na Estratégia Saúde da Família e suas respectivas formas de contratação. Além disso, é relevante saber, como dito no item '5.3.1': Como os médicos escolhem onde praticar suas atividades? Por que permanece a concentração de médicos em certas áreas do país, notadamente as regiões Sudeste e Sul, em detrimento das demais regiões? Há divergência na concentração de profissionais em determinadas regiões, considerando-se a generalidade e as especialidades médicas? Todos estes fatores são essenciais para compreender os motivos subjetivos que levam uma parcela tão pequena dos profissionais formados a exercerem suas atividades na Atenção Básica de Saúde.

Para que mais médicos passem a atuar no setor público, há que se saber quais as informações sobre a realidade sanitária nacional o sistema de saúde deve dispor ao sistema educacional com a finalidade de aproximar a metodologia de ensino aos preceitos perseguidos para o ambiente sanitário público nacional. A título de exemplo, cita-se a disponibilização de dados que permitam inferir as necessidades sanitárias nacionais e as prioridades eleitas pelo sistema sanitário. Mostra-se premente reforçar os parâmetros de ensino voltados à integralização e humanização dos serviços, bem como à aproximação dos graduandos aos preceitos normativos e orientadores do Sistema Único de Saúde. Neste ponto, quanto aos exemplos a serem seguidos, um bom mecanismo encontrado em outros países consiste na disponibilização de uma fração das vagas acadêmicas para a formação de profissionais que queiram atuar exclusivamente nas regiões prioritárias para o país.

O aprofundamento dos estudos, quanto ao eixo da viabilidade socioeconômica, torna atual o questionamento formulado por ocasião da 4ª Conferência Nacional de Saúde,

realizada no ano de 1967, no sentido de quanto o Brasil poderá gastar, de maneira justificável, com os serviços de saúde à sua população? (BRASIL, 1967, p. 46). Com efeito, o serviço público deve buscar a maior cobertura possível pela perspectiva de um programa organizado de atenção médica. Todavia, este propósito deve observar critérios econômicos, dentro de limites razoáveis e, em conformidade com a capacidade orçamentário-financeira do Estado.

Considerando-se um lapso temporal que permita identificar padrões e realizar projeções, há que se investigar sobre os valores obtidos para custeio dos serviços de saúde como um todo e da Atenção Básica de Saúde, bem como a efetiva porcentagem de despesas correntes com a folha de pagamento do pessoal médico para prestar os serviços neste setor, segregado pela União, os Estados, Distrito Federal e Municípios. Isto volta-se a identificar quanto do orçamento de cada ente federativo é empregado, efetivamente, na manutenção dos recursos humanos em saúde. Por conseguinte, torna-se relevante identificar um vencimento básico considerado ideal aos médicos para que se possa estimar a despesa necessária para que a população nacional tenha acesso aos serviços primários de saúde, observados os parâmetros constitucionais. A depender dos resultados encontrados em relação a cada um dos Municípios, poderá ser analisada a eventual conveniência de reunir as dotações orçamentárias dos entes federados, em um fundo comum, para custear a folha de pagamento dos profissionais médicos para atuarem na Atenção Básica de Saúde, admitindo-se uma gestão orçamentário-financeira cooperativa.

Os determinantes socioeconômicos são interdependentes e condicionantes quanto à aferição do nível de saúde populacional; à adoção de critérios que permitam a acessibilidade aos serviços pelos usuários; e à fixação de parâmetros para a inclusão de profissionais médicos da estrutura administrativa do Estado. Se no campo da viabilidade político-administrativa, o saneamento básico se apresenta como elemento relevante para mensurar e estruturar a oferta dos serviços sanitários, no campo socioeconômico este determinante é visto como elemento essencial para minorar os custos sanitários. Há, ainda, forte correlação entre o estado de saúde dos indivíduos, suas respectivas capacidades laborativas e necessidades sanitárias.

Para a admissão de médicos no serviço público é necessário analisar fatores condicionantes sobre a distribuição geográfica de médicos e sua eventual correlação com a renda populacional. Também há que se considerar os custos inerentes à acessibilidade geográfica, ao deslocamento para o exercício profissional, à identificação do perfil

epidemiológico local, os quais podem interferir na disponibilização de serviços médicos à população.

Portanto, a demanda gerada pela estrutura dos serviços de saúde, bem como a gestão da informação sobre os recursos humanos e os usuários dos serviços atrelados a critérios financeiros são elementos indispensáveis à avaliação da viabilidade econômica das alternativas voltadas à distribuição equânime dos médicos no território nacional.

O aprofundamento dos estudos, considerando-se o eixo da viabilidade jurídica, exige instituir elementos normativos que assegurem a solução do problema de inserção e distribuição dos recursos humanos da área médica dentro da estrutura do Estado. No campo educacional, os preceitos positivados de aumentar quantitativamente o número de graduados em medicina vêm se mostrando exitosos. Já no que tange aos aspectos de desconcentração profissional dos médicos, o Sistema Único de Saúde ainda não se utilizou dos instrumentos de poder normativo que lhe foram conferidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e por sua lei de regência. Portanto, normativamente, o Poder Público vem exercendo maior intervenção nos aspectos atrelados à formação acadêmica, sem, contudo, instituir critérios regulamentadores efetivos atinentes à distribuição dos profissionais formados no território nacional para atingir a equidade no atendimento.

Segundo Ricketts (2005) as políticas que envolvam a força de trabalho em saúde devem ser eminentemente normativas, isto é, decorrer de instrumentos legais que se valham de mecanismos utilitários e coercitivos, destinados a garantir a equidade das relações profissionais. Partindo desta compreensão, no plano nacional brasileiro, o Estado é o único ente dotado de capacidade normativa para incrementar o setor da saúde pública, inclusive pela perspectiva da regulamentação do trabalho médico para a Atenção Básica de Saúde. Esta intervenção, se efetivada, permite orquestrar o quantitativo da demanda por estes profissionais, bem como dimensionar qualitativamente como se espera que os serviços sejam prestados à sociedade.

O Ministério da Saúde, na qualidade de condutor e coordenador da política nacional de saúde, detém instrumentos de poder aptos a orientar o processo de distribuição de recursos humanos em saúde na área médica para o país. Esta competência não foi afastada em decorrência das atribuições de gestores autônomos repassadas aos Estados, Municípios e Distrito Federal. Enquanto órgão central, referido Ministério deve fixar diretrizes, normas, prioridades, bem como definir critérios de apoio e de incentivos

técnico-financeiros aplicáveis a todos os níveis de saúde em relação à gestão dos recursos humanos em saúde na área médica.

No âmbito nacional brasileiro, seguindo as diretrizes lançadas por Crandall, Dwyer e Duncan (1990), podem ser instituídas regras destinadas a estabelecer uma distribuição equânime dos médicos considerando-se critérios de recrutamento e retenção profissional que envolvam: a afinidade profissional, considerando-se médicos que pretendam atuar em áreas remotas e rurais; modelos de incentivo econômico, por meio de mecanismos de reembolso ou sistemas de pagamento diferenciados para aumentar as recompensas econômicas aos profissionais que atuarem nas regiões remotas e rurais; instrumentos de alocação de graduandos; e modelos de contratação temporária, voltados ao fornecimento temporário de serviço de acordo com situações emergenciais específicas. Ainda, há que se estabelecer critérios normativos para repasse de recursos entre os entes federados, respeitando-se o papel redistributivo e cooperativo entre as esferas de governo no financiamento da saúde.

Quantos aos instrumentos e modelos de gestão, é interessante investigar se existe algum método mais vantajoso, considerando-se os critérios de custo-benefício, à atual manutenção da gestão administrativa dos recursos médicos pelos Municípios, a exemplo da criação de uma agência executiva; do estabelecimento do denominado federalismo consorcial, ou da instituição de uma organização social, todos como forma de efetivar “o equilíbrio do desenvolvimento e do bem estar em âmbito nacional” preconizado constitucionalmente (BRASIL, 1988a, artigo 23, parágrafo único).

Enfim, apresentados todos estes eixos de análise aptos a solucionar o problema identificado nesta tese, é possível concluir que um problema de tal complexidade e envergadura não poderia ser resolvido, a priori, pela própria geração que estabeleceu a cobertura universal de saúde como ideal a ser seguido e formulou o Sistema Único de Saúde. A distância temporal estabelecida até o presente momento foi suficiente para avaliar a implementação desta política e estabelecer parâmetros capazes de refrear as ameaças e superar ao menos uma das fragilidades constatadas pertinente aos recursos humanos em saúde na área médica da Atenção Básica de Saúde.

Deve-se renovar a reserva feita ao tempo da introdução desta tese de que as conclusões apresentadas nesta pesquisa não são definitivas, mas transparecem a realidade nacional e permite sua interação com questões afins desenvolvidas no plano internacional,

pois não há um rompimento entre estes dois planos. O que há é sinergia quanto à direção mais adequada à solução do problema evidenciado.

Em síntese, os resultados trazidos neste estudo não evidenciam apenas a opinião da pesquisadora, mas expõem a realidade nacional brasileira e permitem destruir as redes dinâmicas de conectividade entre o quantitativo médico e a necessidade social construída pelo Poder Público, que tem por fundamento insuficiência de médicos para atender ao setor. Por isso, em que pese a complexidade na construção de indicadores analíticos, o estudo apresenta-se como fundamento e, ao mesmo tempo, combustível para os mais variados segmentos do saber apresentarem possíveis soluções para a distorção revelada. Ainda, há que se considerar a efervescência pela qual passa o cenário político brasileiro referente ao desmantelamento da corrupção que assola este ambiente, pois esta variável se apresenta como forte elemento para identificar o melhor rumo a ser seguido para universalizar a saúde pública nacional.

Portanto, qualquer solução apresentada será dependente direta do diálogo entre os atores que compõem os campos sociais, políticos, econômicos, dentre outros, pois a gama de agentes relevantes e campos acadêmicos indispensáveis à construção da solução perpassa diversos eixos temáticos com a finalidade de definir com precisão o valor, o peso e a amplitude da política apta a realizar a universalização da saúde no que tange à estruturação dos recursos humanos da área médica para atuar na atenção primária de saúde. Isto somente será levado a cabo se houver comunicação entre os condutores dos processos políticos e sociais, bem como vontade política para resolver o problema evidenciado.

Por fim, o quarto e último ponto refere-se às *duas recomendações para estudos futuros*, apresentadas no decorrer desta tese: a *primeira*, consiste na relevância em estudar, de forma mais aprofundada, a demografia médica no Brasil e seus respectivos movimentos migratórios. Este estudo poderia explicar as razões pertinentes à distribuição heterogênea destes profissionais no território nacional, bem como identificar o respectivo impacto de sua mobilidade nas políticas sanitárias nacionais. A *segunda recomendação* atrela-se à possibilidade de estudar, seguindo-se alguma das teorias de transferência de políticas (*policy transfer*), a difusão, convergência ou transferência de políticas sanitárias para atingir a meta de cobertura universal de saúde entre os planos global, a cargo da Organização Mundial de Saúde, e nacional brasileiro. Esta análise também se mostra relevante à medida em que permitiria identificar o eventual sentido em que as políticas

transitam: se da Organização Mundial de Saúde para o Brasil ou o contrário. Ainda possibilitaria, eventualmente, identificar razões de engajamento entre os atores envolvidos para a difusão, convergência ou transferência das estratégias e diretrizes sanitárias, o grau de transferência experimentado pelos atores envolvidos, se cópia, emulação, síntese ou inspiração, bem como eventuais aspectos de facilitação ou restrição para a difusão, convergência ou a transferência, tais como os desafios ou constrangimentos gerados sobre estes processos, como eventuais inconsistências das políticas domésticas com as políticas externas ou fragilidades das instituições envolvidas.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Diretrizes aprovadas nos Grupos de Trabalho ou na Plenária Final:** por ordem de votação nos eixos temáticos. Brasília: 1 a 4 dez. 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/01/Relat%C3%B3rio_Diretrizes_15CNS.pdf>. Acesso em: 07 out. 2017. (ABRASCO, 2015).

AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/a-construcao-internacional-do-conceito-de-atencao-primaria-a-saude-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/a-construcao-internacional-do-conceito-de-atencao-primaria-a-saude-[16-030112-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2017. (AGUIAR, 2003)

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais.** 2. ed. 2. tir. São Paulo: Malheiros, 2012. (ALEXY, 2012)

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Qual o sentido do termo saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 300-301, jun. 2000. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200001>>. Acesso em: 26 jan. 2017. (ALMEIDA FILHO, 2000)

ASTOR, Avraham *et al.* Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. **Social science & medicine**, v. 61, n. 12, p. 2492-2500, 2005. Disponível em: <<https://reidarlie.sharepoint.com/Documents/socscimed.pdf>>. Acesso em 28 dez. 2016. (ASTOR *et al.*, 2005)

ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil:** Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Ranking 2013. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fundação João Pinheiro. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>>. Acesso em: 02 jul. 2016. (ATLAS BRASIL, 2016)

BAHIA, Lígia. **O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde:** tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In.: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Orgs.). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005 [Livro Eletrônico]. (BAHIA, 2005)

BAHIA, Lígia. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 357-364. [Verbete: Sistema Único de Saúde]. (BAHIA, 2008).

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud – indicadores del desarrollo mundial**. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993. Disponível em:

<<http://documents.worldbank.org/curated/pt/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017. (BANCO MUNDIAL, 1993)

BARNETT, Michael; FINNEMORE, Martha. **Rules for the world: international organizations in global politics**. Ithaca: Cornell University Press, 2004. (BARNETT; FINNEMORE, 2004)

BASTOS, Suzana Quinet de Andrade; GOMES, Bruno Silva de Moraes. Distribuição dos profissionais de saúde: uma análise para os estados brasileiros, 2010. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 8, n. 2, p. 109-122, 2014. Disponível em: <<https://www.revistaaber.org.br/rberu/article/view/133>>. Acesso em: 29 out. 2017. (BASTOS; GOMES, 2014)

BATISTA, Almária Mariz; CARVALHO, Maria Cleide Ribeiro Dantas de. Avaliação da propaganda de medicamentos veiculada em emissoras de rádio. **Ciência & Saúde Coletiva** [online] vol. 18, n. 2, 2013, p 553-561. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/27.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017. (BATISTA, 2013)

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidados: complexidade teórica e necessidade histórica. p. 25-49. In.: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O Território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. (BATISTELLA, 2007).

BENDER, Katja; KELLER, Sonja; WILLING, Holger. **The Role of international policy transfer and diffusion for policy change in social protection –A Review of the State of the Art**. Working Paper 14/1. Germany: Bonn-Rhein-Sieg University of Applied Science International Centre for Sustainable Development (IZNE), 2014. Disponível em: <https://www.h-brs.de/files/izne/policy_diffusion_1.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (BENDER; KELLER; WILLING, 2014)

BENNETT, Colins J. Review Article: What is policy convergence and what causes it? **British Journal of Political Science**, Cambridge, v. 21, n. 2, ps. 215-233, abr. 1991. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/193876>>. Acesso em: 29 jun. 2017 (BENNETT, 1991)

BENSON, David; JORDAN, Andrew. What have we learned from policy transfer research? Dolowitz and Marsh Revisited. **Political Studies Review**, London, v. 9, n. 3, p. 366–378, ago. 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/2780413.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2017. (BENSON; JORDAN, 2011)

BERGEL, Jean-Louis. **Teoria geral do direito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (BERGEL, 2006)

BERRY, Frances Stokes; BERRY, William D. Innovation and diffusion models in policy research. In: SEBASTIER, Paul A. **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 2007, ps. 223-260. (BERRY; BERRY, 2007)

BERTÃO, Iliane Rezer. A atuação de um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e a mudança processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 217-224, 2015. (BERTÃO, 2015)

BIANCHI, André Luiz. **Direito social à saúde e fornecimento de medicamentos: a construção de critérios parametrizantes à luz da teoria dos direitos fundamentais e da teoria dos princípios**. Porto Alegre: Núria Fabris, 2012. (BIANCHI, 2012).

BLOOR, Karen; MAYNARD. **Planning human resources in health care: Towards an economic approach in an international comparative review**. Canadian Health Services Research Foundation, 2003. Disponível em: <http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/bloor_report.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017. (BLOOR; MAYNARD, 2003)

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Parecer – Proposta de Emenda à Constituição nº 454/2009. Relator: Deputado Mendonça Prado. Admissibilidade. **Diário da Câmara dos Deputados**. Brasília, DF, 27 out. 2011c. Col. 1, Letra A, ps. 58.952-58.954. (BRASIL, 2011c)

BRASIL. Câmara dos Deputados. Deputado Ronaldo Caiado. Deputado Eleuses Paiva. **Proposta de Emenda à Constituição nº 454/2009**: Altera o Título VIII, Capítulo II, Seção II - "Da Saúde" -, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=464909>>. Acesso em: 16 out. 2017. (BRASIL, 2009a)

BRASIL. Câmara dos Deputados. Parecer da Comissão Especial destinada a Proferir Parecer à Proposta de Emenda à Constituição nº 454-A, de 2009, do Sr. Ronaldo Caiado, que “Altera o Título VIII, Capítulo II, Seção II – Da Saúde –, Da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988” (estabelecendo diretrizes para a organização da carreira única de médico). Parecer e voto em separado. Relator: Deputado Eleuses Paiva. **Diário da Câmara dos Deputados**. Brasília, DF, 28 nov. 2013b. Col. 2, Letra B, ps. 56.574-56.581. (BRASIL, 2013b)

BRASIL. Comissão Especial do PCC-SUS. **Diretrizes Nacionais PCCS-SUS**. Documento elaborado pela Comissão Especial do PCC-SUS e aprovado pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Comissão Intergestores Tripartite e referendado pelo Conselho Nacional de Saúde, 2006d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/docs/11_jul_diretrizespccssusnov06.pdf>. Acesso em 14 out. 2017. (BRASIL, 2006d)

BRASIL. Congresso Nacional. Ata da Segunda Seção Conjunta, em 29 de dezembro de 1992. **Diário do Congresso Nacional**. Brasília, DF, 30 dez. 1992a, n. 70, ps. 4809-4811. (BRASIL, 1992a)

BRASIL. Congresso Nacional. Ata da Terceira Seção Conjunta, em 29 de dezembro de 1992. **Diário do Congresso Nacional**. Brasília, DF, 30 dez. 1992b, n. 70, ps. 4812-4814. (BRASIL, 1992b)

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão Mista da Medida Provisória nº 621/2013. **Projeto de Lei de Conversão nº 26/2013**. Institui o Programa Mais Médicos; altera as Leis n. 8.745, de 09 dez. 1993, e 6.932, de 7 jul. 1981; dá outras providências. Brasília, DF, 2013d. 158p. [Transformado em norma jurídica com veto parcial]. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/114601>>. Acesso em: 28 dez. 2016. (BRASIL, 2013d)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1/2003: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina veterinária. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 37, 20 fev. 2003g. Seção 1, p. 15. (BRASIL, 2003g)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2/2002: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em farmácia. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 42, 4 mar. 2002d. Seção 1, p. 12. (BRASIL, 2002d)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 2/2003: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em biomedicina. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 37, 20 fev. 2003h. Seção 1, p. 16. (BRASIL, 2003h)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 215, 9 nov. 2001d. Seção 1, p. 37 (BRASIL, 2001d)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 42, 4 mar. 2002e. Seção 1, p. 10. (BRASIL, 2002e)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 215, 9 nov. 2001e. Seção 1, p. 38. (BRASIL, 2001e)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2002: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 42, 4 mar. 2002f. Seção 1, p. 11. (BRASIL, 2002f)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 215, 9 nov. 2001f. Seção 1, p. 39. (BRASIL, 2001f)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2002: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fonoaudiologia. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 42, 4 mar. 2002g. Seção 1, p. 12. (BRASIL, 2002g)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 6/2002: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em terapia ocupacional. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 42, 4 mar. 2002h. Seção 1, p. 12. (BRASIL, 2002h)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 7/2004: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em educação física, em nível superior de graduação plena. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 65, 05 abr. 2004h. Seção 1, p. 18 [Alterada pela Resolução CNE/CES nº 7, de 04 de outubro de 2007]. (BRASIL, 2004h)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 8/2004: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em psicologia. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 94, 18 maio 2004i, Seção 1, ps. 16-17. (BRASIL, 2004i)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE nº 776**: Orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 03 dez. 1997d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017. (BRASIL, 1997d).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. (BRASIL, 1986a)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. 1. ed. Vol. 3, Brasília: CONASS, 2011g. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2017. (BRASIL, 2011g)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 21 jul. 2016. (BRASIL, 1988a)

BRASIL. Decreto nº 1.727, de 04 de dezembro de 1995. Convoca a 10ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 05 dez. 1995a, n. 232, Seção 1. (BRASIL, 1995a)

BRASIL. Decreto nº 28.429, de 27 de julho de 1950. Convoca a 2ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Rio de Janeiro, 11 out. 1950, Seção 1, p. 14.689. (BRASIL, 1950)

BRASIL. Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 26-E, 6 fev. 2001b, Seção 1, p. 2. (BRASIL, 2001b)

BRASIL. Decreto nº 52.301, de 24 de julho de 1963. Convoca a 3ª Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 25 set. 1963a, Seção 1, p. 6.439. (BRASIL, 1963a)

BRASIL. Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966. Institui normas para a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 29 abr. 1966b, Seção 1, p. 4.550. (BRASIL, 1966b)

BRASIL. Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Rio de Janeiro, 01 fev. 1941, Seção 1, p. 1.946. (BRASIL, 1941).

BRASIL. Decreto nº 62.927, de 28 de junho de 1968. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho “Projeto Rondon”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 1 jul. 1968, Seção 1, p. 5.387. (BRASIL, 1968)

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 123, 29 jun. 2011d, Seção 1, ps. 1-3. (BRASIL, 2011d)

BRASIL. Decreto nº 75.409, de 25 de fevereiro de 1975. Convoca a 5ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 26 fev. 1975b, Seção 1, p. 2.328. (BRASIL, 1975b)

BRASIL. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 25 ago. 1976, Seção 1, p. 11.241. (BRASIL, 1976)

BRASIL. Decreto nº 79.318, de 1º de março de 1977. Convoca a 6ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 02 mar. 1977b, Seção 1, p. 2.371. (BRASIL, 1977b)

BRASIL. Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 217, 11 nov. 2016e, Seção 1, ps. 3-37. (BRASIL, 2016e)

BRASIL. Decreto nº 84.016, de 20 de setembro de 1979. Convoca a 7ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 21 set. 1979a, Seção 1, p. 13.785. (BRASIL, 1979a)

BRASIL. Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979. Dispõe sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o período 1980-1985 e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 16 nov. 1979b, Seção 1, p. 17.046. (BRASIL, 1979b)

BRASIL. Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985. Convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 24 jul. 1985, Seção 1, p. 10.581. (BRASIL, 1985)

BRASIL. Decreto nº 96.763, de 23 de setembro de 1988. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 set. 1988b [Revogado pelo Decreto 5/1991]. (BRASIL, 1988b)

BRASIL. Decreto nº 99.045, de 07 de março de 1990. Convoca a 9ª Conferência Nacional de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 08 mar. 1990d, n. 46, Seção 1, p. 4.649. (BRASIL, 1990d)

BRASIL. Decreto de 03 de março de 2011. Convoca a 14ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 04 mar. 2011b, n. 45, Seção 1, p. 03. (BRASIL, 2011b)

BRASIL. Decreto de 05 de maio de 2003. Convoca a 12ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 06 maio 2003a, n. 85, Seção 1, p. 04. (BRASIL, 2003a)

BRASIL. Decreto de 10 de maio de 2007. Convoca a 13ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 11 maio 2007b, n. 90, Seção 1, p. 04. (BRASIL, 2007b)

BRASIL. Decreto de 15 de dezembro de 2014. Convoca a 15ª Conferência Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 16 dez. 2014b, n. 243, Seção 1, p. 02. (BRASIL, 2014b)

BRASIL. Decreto de 28 de julho de 2000. Convoca a 11ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 31 jul. 2000a, n. 146, Seção 1, p. 01. (BRASIL, 2000a)

BRASIL. **Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Brasília, DF, 22 nov. 1966a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm>. Acesso em: 08 jun. 2017. (BRASIL, 1966a).

BRASIL. Lei nº 7.732, de 14 de fevereiro de 1989. Dispõe sobre a extinção de autarquias e fundações públicas federais e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 15 fev. 1989b, Col. 2, p. 2.321. (BRASIL, 1989b)

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados

anualmente, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecendo os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas do governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 11, 16 jan. 2012b, Seção 1, ps. 1-4. (BRASIL, 2012b)

BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953**. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, 25 jul. 1953. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 7 jun. 2017 [Revogado pelo Decreto 5/1991]. (BRASIL, 1953)

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 206, 23 out. 2013e, Seção 1, ps. 1-4. (BRASIL, 2013e)

BRASIL. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Brasília, DF, 26 ago. 1960. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 08 jun. 2017. (BRASIL, 1960)

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União (DOU)**. Rio de Janeiro, 15 jan. 1937, p. 1.210. (BRASIL, 1937)

BRASIL. **Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, DF, 18 set. 1975a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>. Acesso em: 08 jun. 2017. [revogada pela Lei 8.080/1990]. (BRASIL, 1975a)

BRASIL. **Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977**. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 02 set. 1977a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>. Acesso em: 08 jun. 2017. (BRASIL, 1977a)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 182, 20 set. 1990a, Seção 1, ps. 1-6. (BRASIL, 1990a)

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 249, 31 dez. 1990b, Seção 1, ps. 4-5. (BRASIL, 1990b)

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, n. 3 05 jan. 1994c, Seção 1, ps. 1-3. (BRASIL, 1994c)

BRASIL. Medida Provisória nº 28, de 15 de janeiro de 1989. Dispõe sobre a extinção de autarquias e fundações públicas federais e dá outras providências [convertida na Lei nº 7.732/1989 sem alteração]. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 19 jan. 1989a, Col. 2, p. 1.057 [Edição Retificada]. (BRASIL, 1989a)

BRASIL. Medida Provisória nº 621/2013, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Convertida na Lei nº 12.871/2013. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 130, 09 jul. 2013c, Seção 1, ps. 1-3 [Convertida na Lei nº 12.871/2013]. (BRASIL, 2013c)

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº 4/97**. Brasília: Secretaria de Educação Superior, 10 dez. 1997c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017. (BRASIL, 1997c)

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2014: Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 117, 23 jun. 2014c. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 20 jul. 2017. (BRASIL, 2014c)

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 583/2001**: Orienta para as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação. Brasília, 2001c. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017. (BRASIL, 2001c)

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 116/2014: Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 107, 6 jun. 2014e. Seção 1, p. 17. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 20 jul. 2017. (BRASIL, 2014e)

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1.133/2001**: Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília, 2001g. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017. (BRASIL, 2001g)

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares** – cursos de graduação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>>. Acesso em: 20 jul. 2017g. (BRASIL, 2017g)

BRASIL. Ministério da Educação. **História**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2&>. Acesso em: 20 jul. 2017f. (BRASIL, 2017f)

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 3 de 1º de fevereiro de 2013. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituições de Educação Superior - IES, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 24, 04 fev. 2013g, Seção 1, ps. 23-25. (BRASIL, 2013g)

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 15, de 22 de julho de 2013. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 140, 23 jul. 2013h, Seção 1, p. 11. (BRASIL, 2013h)

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde (7 a 11 de dezembro de 2003) – Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. (BRASIL, 2004a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde – recursos humanos para as atividades de saúde**: Anais da IV Conferência Nacional de Saúde realizada no período de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967. Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1967. (BRASIL, 1967)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. (BRASIL, 1980).

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Especial para Elaborar as Diretrizes do Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS-SUS). **Proposta preliminar de Diretrizes Nacionais para a Instituição de Plano de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS**. [Versão Preliminar]. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. (BRASIL, 2005b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho da Saúde. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: políticas e estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (BRASIL, 2008)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde (CNS). Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 86, 07 maio 1999, Seção 1, p. 164. (BRASIL, 1999).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde – Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado – efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na Atenção à Saúde com controle social**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. (BRASIL, 2001a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 450, de 10 de novembro de 2011. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 229, 30 nov. 2011i, Seção 1, p. 125. (BRASIL, 2011i)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 331 de 04 de novembro de 2003. Ratifica o ato de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação

Permanente do SUS – MNNP-SUS. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 236, 04 dez. 2003e, Seção 1, p. 56. (BRASIL, 2003e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de saúde: Todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (BRASIL, 2012c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 335 de 27 de novembro de 2003. Aprova a política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de polos de educação permanente em saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 25, 05 fev. 2004e, Seção 1, p. 62. (BRASIL, 2004e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 330 de 04 de novembro de 2003. Aplica os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 236, 04 dez. 2003c, Seção 1, p. 56. (BRASIL, 2003c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: relatório final. ed. especial**. Brasília: Ministério Público, 2007c. (BRASIL, 2007c).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed., rev. e atual. após a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c. (BRASIL, 2005c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS**. Segunda Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. (BRASIL, 2000b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS**. 2. ed. rev. e atual. 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. (BRASIL, 2003b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 52, de 06 de maio de 1993. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 26 maio 1993c, n. 98, Seção 1, ps. 7.041-7.042. (BRASIL, 1993c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 12, de 03 de outubro de 1991. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 12 dez. 1991, n. 241, Seção 1, ps. 28.718-28.719. (BRASIL, 1991)

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Cadernos RH Saúde: II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde – Relatório Final**. v. 2, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, CGDRH/SUS, 1994a. (BRASIL, 1994a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a [Cartilha]. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2017. (BRASIL, 2006a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005f. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_saude_familia.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017 (BRASIL, 2005f)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 43, 05 mar. 2010c, Seção 1, ps. 52-53. (BRASIL, 2010c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 212, 04 nov. 2005g, Seção 1, p. 111-112 (BRASIL, 2005g).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 227, 27 nov. 2007g, Seção 1, p. 44. (BRASIL, 2007g).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 32, 16 fev. 2004f, Seção 1, ps. 37-41. (BRASIL, 2004f)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 149, 06 ago. 2015a, Seção 1, p. 37-39. (BRASIL, 2015a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.318, de 05 de junho de 2007: Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 06 jun. 2007d, n. 108, Seção 1, p. 63-65. (BRASIL, 2007d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.963, de 14 de agosto de 2007: Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 16 ago. 2007e, n. 158, Seção 1, p. 32. (BRASIL, 2007e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.994 de 27 de agosto de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 165, 28 ago. 2009b, Seção 1, p. 61-62. (BRASIL, 2009b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 162, 22 ago. 2007f, Seção 1, ps. 34-38. (BRASIL, 2007f)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 42, 28 fev. 2014c. (BRASIL, 2014c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 06 nov. 1996, n. 216, Seção 1, ps. 22.932-22.940. (BRASIL, 1996)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.428, de 23 de dezembro de 2003: Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 26 dez. 2003d, n. 251, Seção 1, p. 25. (BRASIL, 2003d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003: Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 26 dez. 2003f, n. 251, Seção 1, p. 26. (BRASIL, 2003f)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 202, 20 out. 2006g, Seção 1, ps. 142-145. (BRASIL, 2006g)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 231, 02 dez. 2011f, Seção 1, ps. 35-36. (BRASIL, 2011f)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.848 de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 214, 07 nov. 2007a, Seção 1, ps. 54-55. (BRASIL, 2007a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 371 de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 46, 08 mar. 2002b, Seção 1, p. 56. (BRASIL, 2002b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 39, 23 fev. 2006b, Seção 1, ps. 43-51. (BRASIL, 2006b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 198, 15 out. 2010b, Seção 1, ps. 55-60. (BRASIL, 2010b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 220-E, 17 nov. 1998b, Seção 1, ps. 08-14. (BRASIL, 1998b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 426 de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 56, 23 mar. 2005e, Seção 1, ps. 22-23. (BRASIL, 2005e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 251, 31 dez. 2010a, Seção 1, p. 88-93. (BRASIL, 2010a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 545, de 20 de maio de 2005: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 24 maio 1993b, n. 96, Seção 1, p. 6.961-6.965. (BRASIL, 1993b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 626, de 08 de abril de 2004: Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 12 abr. 2004, n. 69, Seção 1, p. 48. (BRASIL, 2004b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 61, 26 mar. 2006f, Seção 1, ps. 71-76 [revogada pela Portaria nº 2.488/2011-GM/MS]. (BRASIL, 2006f)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 827, de 05 de maio de 2004: Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 06 maio 2004c, n. 86, Seção 1, p. 32. (BRASIL, 2004c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 830, de 20 de junho de 1990. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 06 nov. 1990e, n. 118, Seção II, ps. 3.282-3.283. (BRASIL, 1990e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 908, de 14 de junho de 2005: Reinstala a Comissão Especial responsável pela elaboração das Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários do âmbito do SUS. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 15 jun. 2005d, n. 113, Seção 1, p. 76. (BRASIL, 2005d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 928, de 02 de maio de 2006: Constitui a Rede de Apoio a Desprecarização do Trabalho no SUS. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 03 maio 2006e, n. 83, Seção 1, p. 44. (BRASIL, 2006e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 958 de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidade de composição das Equipes de Atenção Básica. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 89, 11 maio 2016b, Seção 1, p. 83. (BRASIL, 2016b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 90, 14 maio 2009c, Seção 1, p. 31-32. (BRASIL, 2009c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011a, Seção 1, ps. 48-55. (BRASIL, 2011a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério do Planejamento. **Exposição de Motivos Interministerial nº 24-2013/MS-MEC-MP vinculada à Medida Provisória nº 621/2013**. Apresentada pelos à época Ministros Alexandre Rocha Santos Padilha; Aloizio Mercadante Oliva e Miriam Aparecida Belchior. BRASÍLIA: 2013a. 8 p. [Exposição de Motivos Interministerial]. (BRASIL, 2013a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 130, 09 jul. 2013f. Seção 1, ps. 49-52. (BRASIL, 2013f)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.708, de 23 de setembro de 2016. Acresce e altera dispositivos da Portaria Interministerial nº 1.369/MS/MEC, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 185, 26 set. 2016i. Seção 1, p. 39. (BRASIL, 2016i)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção

Básica. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n. 170, 02 set. 2011h. Seção 1, p. 92-93. (BRASIL, 2011h)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 212, 04 nov. 2005h, Seção 1, p. 112. (BRASIL, 2005h)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Você sabe o que é PET-Saúde?** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/485-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/pet-saude/11-pet-saude/19999-pet-saude>>. Acesso em 17 jul. 2017e. (BRASIL, 2017e)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, DF, n. 247-E, 22 dez. 1997a, Seção 1, p. 11-13. (BRASIL, 1997a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, DF, 22 de set. 2017d, n. 183, Seção 1, ps. 68-76. (BRASIL, 2017d)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_dentro_casa_programa_saude_familia.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017. (BRASIL, 1994b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. **Perguntas Frequentes.** Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 30 dez. 2016f. (BRASIL, 2016f)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde:** de 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a. (BRASIL, 1998a)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1963b. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 08 out. 2017 (BRASIL, 1963b)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1977c. (BRASIL, 1977c)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1975c. (BRASIL, 1975c)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde – Municipalização é o caminho.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993a. (BRASIL, 1993a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. (BRASIL, 1997b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2017. (BRASIL, 2004d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Portal da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 29 dez. 2016c. (BRASIL, 2016c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2017. (BRASIL, 2004g)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS: perguntas e respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c (BRASIL, 2006c).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde. **Nota Técnica 967/2016-DEPREPS/SGTES/MS: Resposta ao E-SIC nº 1863111**, disponibilizada por Wellington Mendes de Carvalho [Diretor Substituto do Departamento de Planejamento e Regulação dos Profissionais de Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016g, Nota Técnica. (BRASIL, 2016g)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos – Dois Anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>. Acesso em 07 ago. 2017 (BRASIL, 2015b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a (BRASIL, 2005a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez**

grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Avalia%C3%A7%C3%A3oImplementa%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017 (BRASIL, 2002c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (BRASIL, 2002a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **O que é aids**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids#>>. Acesso em: 21 jun. 2017b. (BRASIL, 2017b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **O que é HIV**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 21 jun. 2017a. (BRASIL, 2017a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **RH SUS – Política de recursos Humanos de Saúde:** agenda de prioridades para a ação dos gestores do SUS: Editoração Neri Soares, 1995b. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/rhsus_pol_rec.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017. (BRASIL, 1995b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS:** doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990c. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017. (BRASIL, 1990c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de gerenciamento de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 30 ago. 2016a. (BRASIL, 2016a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Tecnologia da informação a serviço do SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em: 26 jun. 2016d. (BRASIL, 2016d)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Fundo Nacional de Saúde. **Fundo a fundo**, 2017. Disponível em: <<http://portalfns.sau.gov.br/fundo-a-fundo>>. Acesso em: 10 jul. 2017c. (BRASIL, 2017c)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2017. (BRASIL, 2012a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. (BRASIL, 2011e)

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Negociações da agenda de Desenvolvimento pós-2015**: Elementos orientadores. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2014a. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODS-pos-bras.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2016. (BRASIL, 2014a).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 26 jun. 2016h. (BRASIL, 2016h)

BRASIL. Poder Executivo. **Mensagem de veto nº 680, vinculada ao Projeto de Lei nº 3.110/1989**. Apresentada pelo à época Presidente da República Fernando Afonso Collor de Mello. Brasília: Poder Executivo, 1989c. 17 p. [Mensagem de Veto]. (BRASIL, 1989c)

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. Belo Horizonte: Fórum, 2006. (BUCCI, 2006)

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07>>. Acesso em: 27 out. 2017 (CAMPOS; MALIK, 2008)

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 641-642, 2015. (CAMPOS, 2015)

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 44, p. 13-24, maio 2009. Disponível em: <http://www.cnts.org.br/public/arquivos/Artigo_Campos.pdf>. Acesso em: 28 out. 2017. (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009)

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). **Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians**. Disponível em: <<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC34>>. Acesso em: 28 dez. 2016. (CIHI, 2016)

CARVALHO, Viviane Karoline da Silva; MARQUES, Carla Pintas; SILVA, Everton Nunes da. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, set. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413->

81232015219.17362016>. Acesso em: 22 set. 2017. (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016)

CHOMITZ, Kenneth M. *et al.* **What do doctors want?:** Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas. World Bank Publications, 1998. Disponível em: <<https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-1888>>. Acesso em: 29 out. 2017. (CHOMITZ, *et al.*, 1998)

CHRISTENSEN, Clayton M.; GROSSMAN, Jerome H.; HWANG, Jason. **The innovator's prescription: a disruptive solution for health care.** New York: McGraw-Hill, 2009. (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009)

CIAVATTA, Maria. Trabalho como princípio educativo. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 408-415. [Verbete: Trabalho como princípio educativo]. (CIAVATTA, 2008).

COELHO, Denilson Bandeira; CAVALCANTE, Pedro; TURGEON, Mathieu. Mecanismos de difusão de Políticas Sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 145-165, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-987316245807>>. Acesso em: 27 jun. 2017. (COELHO, CAVALCANTE, TURGEON, 2016)

COELHO, Helena Beatriz Cesarino Mendes. **Políticas públicas e controle de juridicidade:** vinculação às normas constitucionais. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2010. (COELHO, 2010)

COHN, Amélia. O sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração. **São Paulo perspect**, v. 1, n. 3, p. 55-58, 1987. Disponível em <http://www.cedec.org.br/files_pdf/osistemaunificadoedescentralizadodesaude.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017. (COHN, 1987).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Setor de Tecnologia e Informação. **Pedido de Acesso à Informação protocolado sob nº 007322/2016:** Resposta contendo planilha de dados no formato *excel*, informando o quantitativo de médicos com inscrição principal e secundária ativas por Estado, bem como diplomas revalidados no período compreendido entre 1988 e 2015, inclusive. Disponível em: 16 ago. 2016. (CFM, 2016)

COUTO, Mariele Pena de. **O Programa Mais Médicos:** a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/37948>>. Acesso em: 28 jun. 2016. (COUTO, 2015)

CRANDALL, Lee A.; DWYER, Jeffrey W.; DUNCAN, R. Paul. Recruitment and retention of rural physicians: issues for the 1990s. **The Journal of Rural Health**, v. 6, n. 1, p. 19-38, 1990. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.1990.tb00188.x/abstract>>. Acesso em: 29 out. 2017. (CRANDALL; DWYER; DUNCAN, 1990)

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelos biomédicos, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. (CUTOLO, 2006)

DA MOTA, Nancy Peres; RIBEIRO, Helena, Mobilidade internacional de Médicos. **Lua Nova**. n. 98, p. 255-275, maio-ago. 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67347761010>>. Acesso em: 28 dez. 2016. (DA MOTA; RIBEIRO, 2016)

DA ROS, Marco Aurélio. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos. *et al.* (org). **A saúde em debate na educação física**. Vol. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006, p. 45-66. (DA ROS, 2006)

DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1.924-1.926, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a02v29n10.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017. (DAL POZ, 2013)

DAL POZ, Mario Roberto; PERANTONI, Celia Regina; GIRARDI, Sábado. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In.: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 187-233. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-07.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017. (DAL POZ; PERANTONI; GIRARDI, 2013)

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978, Set 6-12. Alma-Ata, Cazaquistão. 03 p. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2016. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

DMYTRACZENKO, Tania; ALMEIDA, Gisele (Ed.). **Rumo a uma cobertura universal de saúde e equidade na América Latina e no Caribe**: evidência de países selecionados. World Bank Publications, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0920-0>>. Acesso em: 20 jun. 2017. (DMYTRACZENKO; ALMEIDA, 2016)

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 379-385, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070607/en/>>. Acesso em: 27 out. 2017 (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010)

DOLOWITZ, David P.; MARSH, David. Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. **Governance**, v. 13, n. 1, p. 5-23, 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/0952-1895.00121/full>>. Acesso em: 29 jun. 2017. (DOLOWITZ. MARSH, 2000)

DOLOWITZ, David P.; MARSH, David. The future of policy transfer research. **Political Studies Review**, v. 10, n. 3, ps. 339-345, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-9302.2012.00274.x/full>>. Acesso em: 29 jun. 2017. (DOLOWITZ, MARSH, 2012).

DOLOWITZ, David; MARSH, David. Who learns what from whom: a review of the policy transfer literature. **Political Studies**, v. 44, n. 2, p. 343-357, 1996. (DOLOWITZ; MARSH, 1996)

DREJER, Ina; HOLM, Jacob Rubæk; PETERSEN, Karin Dam. The geographical mobility of recently graduated medical doctors. “**Beyond spillovers? Channels and effects of knowledge transfer from universities**”. University of Kassel, 2014. Disponível em: <http://www.ike.aau.dk/digitalAssets/103/103251_86860_gppaperikeseminar280314.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017. (DREJER; HOLM; PETERSEN, 2014)

DUNCAN, Michael Schmidt; TARGA, Leonardo Vieira. Médicos para atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 233-234, 2014. (DUNCAN; TARGA, 2014)

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 24. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012. (ECO, 2012)

ELKINS, Zachary; SIMMONS, Beth. On waves, clusters, and diffusion: A conceptual framework. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 598, n. 1, ps. 33-51, 2005. (ELKINS; SIMMONS, 2005).

EVANS, Mark. At the interface between theory and practice – policy transfer and lesson-drawing. **Public Administration**, v. 84, n. 2, p. 479-489, 2006. (EVANS, 2006)

EVANS, Mark; DAVIES, Jonathan. Understanding policy transfer: a multi-level, multi-disciplinary perspective. **Public Administration**, v. 77, n. 2, p. 361-385, 1999. (EVANS; DAVIES, 1999)

EZEQUIEL, Oscarina da Silva *et al.* Geographical distribution of medical graduates from a public university. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 63, n. 6, p. 512-520, Jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.63.06.512>>. Acesso em: 29 out. 2017. (EZEQUIEL, 2017)

FALEIROS, Vicente de Paula *et al.* (Org). **A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (FALEIROS *et al.*, 2006)

FALLEIROS, Ialê *et al.* A constituinte e o Sistema Único de Saúde. *In*: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 239-276. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_8.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016. (FALLEIROS *et al.*, 2010)

FARAH, Marta Ferreira Santos. Disseminação de inovações e políticas públicas e espaço local. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 15, n. 45, ps. 107-126, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2017. (FARAH, 2008)

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A difusão de políticas sociais como estratégia de inserção internacional: Brasil e Venezuela comparados. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 14, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/8554>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (FARIA, 2012)

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, ps. 21-30, fev. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092003000100004>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (FARIA, 2003)

FERREIRA, Aurélio Buarque. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio**. 5. ed., 2010. [Verbete: saúde]. (FERREIRA, 2010)

FERREIRA, Clara Fontes *et al.* **SINUS 2014 Compartilhando Responsabilidades na Promoção da Justiça**: Organização Mundial da Saúde (OMS) – Guia de Estudos, 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2016. (FERREIRA *et al.*, 2014)

FLEXNER, Abraham. **Medical education in the United States and Canada**: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number four (1910). Boston, 1972. Disponível em: <http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

FORCIER, Mélanie Bourassa; SIMOENS, Steven; GIUFFRIDA, Antonio. Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. **Human resources for health**, v. 2, n. 1, p. 12, 2004. Disponível em: <<http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-12>>. Acesso em: 28 dez. 2016. (FORCIER; SIMOENS; GIUFFRIDA; 2016)

FOSTER, Stuart A.; GORR, Wilpen L. Federal health care policy and the geographic diffusion of physicians: a macro-scale analysis. **Policy Sciences**, v. 25, n. 2, p. 117-134, 1992. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00233744>>. Acesso em: 29 out. 2017. (FOSTER; GOOR, 1992)

FREEMAN, Richard. Policy transfer in the health sector. In: **European Forum conference paper WS/35**, Florence: European University Institute, 1999. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/0de5/74eed7179502e0ef463d418b93f1f09d5366.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017 (FREEMAN, 1999).

FREITAS, Juarez. **Direito fundamental à saúde**: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010 [Livro Eletrônico]. (FREITAS, 2010)

GÄCHTER, Martin *et al.* Physician density in a two-tiered health care system. **Health Policy**, v. 106, n. 3, p. 257-268, 2012. Disponível em: <[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(12\)00117-0/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(12)00117-0/fulltext)>. Acesso em: 29 out. 2017. (GÄCHTER, *et al.*, 2012)

GARCÍA-PÉREZ, Miguel A.; AMAYA, Carlos; OTERO, Ángel. Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation. **BMC Health Services Research**, v. 7, n. 1, p. 8, 2007. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-201>>. Acesso em: 28 ago. 2016. (GARCÍA-PÉREZ; AMAYA; OTERO; 2007).

GESSERT, Charles *et al.* Family physicians for underserved areas. The role of residency training. **Western Journal of Medicine**, v. 150, n. 2, p. 226-230, 1989. (GESSERT *et al.*, 1989)

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. 5ª. reimp. (Biblioteca Básica). São Paulo: Editora UNESP, 1991. (GIDDENS, 1991)

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. (GIL, 2002).

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06/06.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016. (GIL, 2006)

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017. (GIL, 2005)

GILARDI, Fabrizio. Who learns from what in policy diffusion processes? **American Journal of Political Science**, v. 54, n. 3, ps. 650-666, 2010. Disponível em: <<http://fabriziogilardi.org/resources/papers/Gilardi-AJPS-2010.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (GILARDI, 2010)

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. **Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil**. 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0849.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017. (GIRARDI; CARVALHO, 2002)

GIOVANELLA, Lúgia (Org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**: Rio de Janeiro: Isags, 2015. (GIOVANELLA, 2015)

GODWIN, Marshall *et al.* Practice choices of graduating family medicine residents. **Canadian Family Physician**, v. 44, p. 532-536, mar. 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2277714/pdf/canfamphys00049-0078.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017. (GODWIN *et al.*, 1998)

GONNET, Cecilia Osorio. The Role of international organizations in a policy diffusion process. Preliminary discussion about the conditional cash transfer programs in Latin America. In: **XXII World Congress of Political Science Madrid**, jul. 2012. Disponível em: <http://paperroom.ipsa.org/papers/paper_12801.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (GONNET, 2012)

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil**: Uma avaliação do Sistema Único de Saúde. Washington, DC: World Bank, 2013. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/15801>>. Acesso em: 10 maio 2016. (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013)

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri (Org.). **Dicionário técnico jurídico**. 13. ed. São Paulo: Riedel, 2010, p. 532. [Verbete: Seguridade Social]. (GUIMARÃES, 2010).

HALL, Peter Andrew. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. **Comparative Politics**, ps. 275-296, 1993. Disponível em: <<http://www.la.utexas.edu/users/chenry/core/Course%20Materials/Hall/0.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (HALL, 2006)

HASSENTEUFEL, Patrick. De la comparaison internationale à la comparaison transnationale. Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques. **Revue Française de Science Politique**, v. 55, n. 1, ps. 113-132, 2005. Disponível em: <<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (HASSENTEUFEL, 2005)

HEIDMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto – Enferm.** [online], Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>>. Acesso em: 11 ago. 2016. (HEIDMANN *et al.*, 2006)

HOLZINGER, Katharina; KNILL, Christoph. Causes and conditions of cross-national policy convergence. **Journal of European Public Policy**, v. 12, n. 5, ps. 775-796, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Christoph_Knill/publication/290515378_Causes_and_conditions_of_international_policy_convergence/links/56c1b3c808aedba0566c201/Causes-and-conditions-of-international-policy-convergence.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2017. (HOLZINGER; KNILL, 2005)

HOUAISS, Antônio. **Houaiss**: Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa. Objetiva. [Dicionário Eletrônico], 2001. [Verbete: saúde] (HOUAISS, 2001)

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Studying Public Policy**: Policy Cycles And Policy Subsystems. 3rd. ed. Oxford University Press Canada, 2009. (HOWLETT, RAMESH, PERL, 2009)

HUICHO, Luis *et al.* Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, n. 5, p. 357-363, 2010. Disponível em:

<<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070920/en/>>. Acesso em: 27 out. 2017. (HUICHO *et al.*, 2010)

ISLAM, Mursaleena. **Health systems assessment approach**: a how-to Manual. submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2007. Disponível em: <http://www.urcchs.com/sites/default/files/Health_Systems_Assessment.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017. (ISLAM, 2007).

JAMES, Oliver; LODGE, Martin. The limitations of ‘policy transfer’ and ‘lesson drawing’ for public policy research. **Political Studies Review**, v. 1, n. 2, ps. 179-193, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Oliver_James/publication/262898528_The_Limitations_of_%27Policy_Transfer%27_and_%27Lesson_Drawing%27_for_Public_Policy_Research/links/54ac18e60cf25c4c472fecfc/The-Limitations-of-Policy-Transfer-and-Lesson-Drawing-for-Public-Policy-Research.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (JAMES; LODGE, 2003)

JANNUZZI, Paulo Martino. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações. 5. ed. São Paulo: Editora Alínea, 2012. (JANNUZZI, 2012)

JUNQUEIRA, Túlio da Silva *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0310/pdfs/IS30\(3\)081.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0310/pdfs/IS30(3)081.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2017 (JUNQUEIRA *et al.*, 2010).

KAUCHAKJE, Samira. Instituições e Cultura: difusão e modelagem internacional da política pública brasileira de combate à pobreza. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 49, n. 2, ps. 135-144, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/938/93828220001.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (KAUCHAKJE, 2013)

KINGDON, John. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. Update Edition (2.ed.), with an epilogue on Health Care. Pearson New International Edition, 2013 [Livro Eletrônico]. (KINGDON, 2013)

KNILL, Christoph. Introduction: Cross-national policy convergence: concepts, approaches and explanatory factors. **Journal of European Public Policy**, special issue, v. 12, n. 5, ps. 764-774, 2005. Disponível em: <https://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/4213/Knill_opus-18622.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 jun. 2017 (KNILL, 2005).

KNOEPFEL, Peter *et al.* Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones. **Ciencia política**, v. 2, n. 3, p. 6-29, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/17521/18378>>. Acesso em: 21 jul. 2016. (KNOEPFEL *et al.*, 2007)

KRISTIANSEN, Ivar Sønbo; FØRDE, Olav Helge. Medical specialists' choice of location: the role of geographical attachment in Norway. **Social science & medicine**, v. 34, n. 1, p. 57-62, 1992. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369290067Z?via%3Dihub>>. Acesso em 29 out. 2017. (KRISTIANSEN; FØRDE, 1992)

LASSALE, Ferdinand. **A Essência da constituição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001. (LASSALE, 2001).

LAURELL, Asa Ebba Cristina Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 24: e2668, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>> Acesso em: 20 jun. 2017. (LAURELL, 2016).

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2017. (LAVRAS, 2011)

LEONARDSON, Gary; LAPIERRE, Rene; HOLLINGSWORTH, Doneen. Factors predictive of physician location. **Academic Medicine**, v. 60, n. 1, p. 37-43, jan. 1985. Disponível em: <http://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1985/01000/factors_predictive_of_physician_location.6.aspx>. Acesso em: 28 out. 2017. (LEONARDSON; LAPIERRE; HOLLINGSWORTH, 1985)

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Políticas públicas no Estado constitucional**. São Paulo: Atlas, 2013. (LIBERATI, 2013)

LIMA, Júlio César França. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? In: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 279-310. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_9.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2016. (LIMA, 2010)

LIMA, Nísia Trindade *et al.* (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005 [Livro Eletrônico]. (LIMA *et al.*, 2005)

LOSANO, Mario Giuseppe. **Os grandes sistemas jurídicos: introdução aos sistemas jurídicos europeus e extra-europeus**. São Paulo: Martins Fontes, 2007 (LOSANO, 2007)

LUZ, Madel Terezinha. Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 353-356. [Verbete: saúde]. (LUZ, 2008)

LUZ. Madel Therezinha. **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva). Porto Alegre: Rede Unida, 2013 [Livro Eletrônico]. (LUZ, 2013)

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.

ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 227-231. [Verbete: Gestão do trabalho em saúde]. (MACHADO, 2008)

MACIEL FILHO, Romulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 262f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf>. Acesso em: 22 out. 2007. (MACIEL FILHO, 2007)

MACIEL FILHO, Rômulo; PIERANTONI, Célia Regina. **O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças**. 2004. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/16_5_2013__0_O_medico_e_o_mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em 29 out. 2017. (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004)

MATTA, Gustavo Corrêa. Universalidade. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 465-469. [Verbete: Gestão do trabalho em saúde]. (MATTA, 2008)

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a, ps. 39-44. [Verbete: Atenção à Saúde]. (MATTA; MOROSINI, 2008a)

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b, ps. 44-50. [Verbete: Atenção Primária à Saúde]. (MATTA; MOROSINI, 2008b)

MCCANN, Eugene; WARD, Kevin. A multi-disciplinary approach to policy transfer research: geographies, assemblages, mobilities and mutations. **Policy Studies**, v. 34, n. 1, ps. 2-18, 2013. Disponível em: <<https://www.sfu.ca/~emccann/PolicyStudies%20MultidisciplinaryPolicyMobilities%20McCannWard.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (MCCANN; WARD, 2013)

MELLO, Ministro Marco Aurélio. Saúde suplementar, segurança jurídica e equilíbrio econômico-financeiro. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (Org. e Coord). **Planos de Saúde: Aspectos jurídicos e econômicos**. Rio de Janeiro, Forense: 2012, ps. 3-15. (MELLO, 2012)

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.** [online], São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>>. Acesso em: 21 jul. 2016. (MENDES, 2013)

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa**. Versão 2.0. [Dicionário Eletrônico], 2017. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. [Verbete: saúde]. Acesso em: 13 ago. 2017. (MICHAELIS, 2017)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Fundo a fundo**, 2017. Disponível em: <<http://portalfns.saude.gov.br/fundo-a-fundo>>. Acesso em: 10 jul. 2017. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2017)

MINISTRY OF HEALTH. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. London: His Majesty's Stationery Office. 1920. **The Lancet**, Vol. 195, n. 5048, 29 May 1920, ps. 1183-1187. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)92440-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)92440-1)>. Acesso em: 25 set. 2016. (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010 (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010)

MOSSBERGER, Karen; WOLMAN, Harold. Policy transfer as a form of prospective policy evaluation: Challenges and recommendations. **Public Administration Review**, v. 63, n. 4, ps. 428-440, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Harold_Wolman/publication/227666686_Policy_Transfer_as_a_Form_of_Pro prospective_Policy_Evaluation_Challenges_and_Recommendations/links/563baf6308aec6f17dd4e7ba.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (MOSSBERGER; WOLMAN, 2003)

MURRAY, Christopher J. L.; EVANS, David B. **Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/documents/cov-hspa/en/>. Acesso em: 17 jan. 2017. (MURRAY; EVANS, 2003).

NARVAL, Paulo Capel. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica. In: Garcia DV (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005, p. 28-42. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/IntegralidadeAtencaoBasica2005.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2016. (NARVAL, 2005)

NASCIMENTO, Álvaro César. **Propaganda de medicamentos. É possível regular?** 289 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Tese%20Alvaro.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

NEWHOUSE, Joseph P. *et al.* Does the geographical distribution of physicians reflect market failure? **The Bell Journal of Economics**, Vol. 13, n. 2, 1982, p. 493-505. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3003469?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 29 out. 2017. (NEWHOUSE *et al.*, 1982)

NEY, Márcia Silveira. **Condições de fixação do médico no Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp107896.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2017. (NEY, 2009)

NOCERA, Sandra; WANZENRIED, Gabrielle. **On the dynamics of physician density: theory and empirical evidence for Switzerland**. Universitaet Bern, Departement

Volkswirtschaft, 2002. Disponível em: <<http://www.vwl.unibe.ch/wp-content/uploads/papers/dp/dp0208.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017. (NOCERA; WANZERIED, 2002)

NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar de Almeida. **Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública.** 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Solange_Baraldi/publication/267703112_Limites_criticos_das_nocoos_de_precariedade_e_desprecarizacao_do_trabalho_na_administracao_publica/links/54e338270cf2d618e196298d.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017. (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004)

OECD HEALTH POLICY STUDIES. **The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?** OECD, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/oecd_loomingcrisis/en/#>. Acesso em 28 dez. 2016. (OECD HEALTH POLICY STUDIES, 2008)

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.** UNIC/Rio 005. ago. 2009. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019. (ONUBR, 2009)

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). **Propósitos e Princípios da ONU.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/conheca/principios/>>. Acesso em: 08 ago. 2016. (ONUBR, 2016)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2006: Trabalhando para a saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf?ua=1>. Acesso em 17 ago. 2016. (OMS, 2007).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2008: Atenção primária em saúde – Agora mais do que nunca.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1>. Acesso em 17 ago. 2016. (OMS, 2008).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2005: Para que todas as mães e crianças contem.** Genebra: Organização Mundial da Saúde: 2005. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf?ua=1>. Acesso em 17 ago. 2016. (OMS, 2005).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2010: Financiamento dos sistemas de saúde – O caminho para a cobertura universal.** Genebra: Organização Mundial da Saúde: 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>. Acesso em 17 ago. 2016. (OMS, 2010).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2013:** pesquisa para a cobertura universal de saúde. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/26/9789248564598_por.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016. (OMS, 2013)

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* Saúde no Brasil 1 – O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016. (PAIM *et al.*, 2011)

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762004>>. Acesso em: 20 jun. 2017. (PAIM, 2012).

PAIM, Jairnilson Silva. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP, 1994. (PAIM, 1994)

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2014, ps.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017. (PAIVA, TEIXEIRA, 2014)

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 320-328. [Verbete: Processo de trabalho em saúde]. (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2008).

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde:** um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. Livro Eletrônico. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/publicacoes/pdf/livro_atencao_primaria.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016. (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014)

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. Trabalho, educação e saúde: referências e conceito. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 17-30. (PEREIRA; LIMA, 2008)

PINTO, Luiz Felipe da Silva. **Médicos e migração:** a residência em questão. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5116>>. Acesso em: 28 dez. 2016. (PINTO, 1999)

PINTO, Pablo Aurélio Lacerda de Almeida; MENEZES, Tatiane Almeida de; ROCHA, Roberta de Moraes. Condicionantes da distribuição espacial dos médicos nos municípios brasileiros: uma análise a partir da econometria espacial. **Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)**, 2016. Disponível em:

<<http://abresbrasil.org.br/trabalhos/condicionantes-da-distribuicao-espacial-dos-medicos-nos-municipios-brasileiros-uma-analise>>. Acesso em: 29 out. 2017. (PINTO; MENEZES; ROCHA, 2016)

PINTO, Pablo Aurélio Lacerda de Almeida. Determinantes da distribuição espacial dos médicos nos municípios brasileiros: uma análise para SUBS. **Congresso Nacional de Excelência em Gestão & INOVARSE**, 2015. Disponível em: <http://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_147_1.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017. (PINTO, 2015)

PONG, Raymond W. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years. **Human Resources for Health**, v. 6, n. 1, p. 24-32, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-24>>. Acesso em: 28 out. 2017 (PONG, 2008)

PONTE, Carlos Fidelis; LIMA, Nísia Trindade; KROPF, Simone Petraglia. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 181-218. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2017. (PONTE; LIMA; ROPF, 2010)

PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 181-218. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2014. (PONTE; NASCIMENTO, 2010)

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007. (PORTER, TEISBERG, 2007)

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n8/04.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016. (PÓVOA; ANDRADE, 2006)

PÓVOA, Luciano Martins Costa. **Dois ensaios econômicos sobre a distribuição geográfica dos médicos**. Dissertação (Mestrado em Economia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdades de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/LPCP-68ZFRZ/luciano_martins_costa_p_voa.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 out. 2017. (PÓVOA, 2004)

PRADO, Daniela Alvarez. Considerações sobre saúde suplementar no Brasil e a incidência da Lei 9.659/98 diante dos princípios do Código de Defesa do Consumidor. In: CURSO DE DIREITO EM SAÚDE SUPLEMENTAR. **Judicialização da Saúde – Parte I: saúde suplementar no direito brasileiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011, ps. 111-117. (PRADO, 2011).

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de investigação em ciências sociais**. 6ª ed. Lisboa: Gradiva, 2013. (QUIVY, CAMPENHOUDT, 2013)

REIS, José Roberto Franco. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. *In*: PONTES, Carlos Fidelis (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 221-236. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017. (REIS, 2010).

RIBEIRO, Jeferson. Na TV, Dilma diz que Mais Médicos e recursos à educação são frutos de protestos **Reuters Brasil**. 08 out. 2013. Disponível em: <<http://br.reuters.com/article/domesticNews/idBRSP99701S20131008?sp=true>>. Acesso em: 10 jun. 2016. (RIBEIRO, 2013)

RICKETTS, Thomas C. Workforce issues in rural areas: a focus on policy equity. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 1, p. 42-48, 2005. (RICKETTS, 2005)

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 266 f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo: 2000. Disponível em <<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313348/1/RIZZOTTO,%20MARIA%20LUCIA%20FRIZON.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida *et al.* Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1147-1166, dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400007>>. Acesso em: 26 out. 2017. (RODRIGUES *et al.*, 2013)

ROGERS, Everett M. **Diffusion of innovations**. 3. ed. Free Press. New York, 2003. (ROGERS, 2003)

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, nov.-dez, 2005, p. 1027-1034. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017. (ROSA; LABATE, 2005)

ROSE, Richard. Ten steps in learning lessons from abroad. **European University Institute**, Working Papers, n.5, ps. 1-19, 2002. Disponível em: <http://cadmus.eui.eu/bitstream/handle/1814/1763/02_05.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 jun. 2017. (ROSE, 2002)

ROSENTHAL, Meredith B.; ZASLAVSKY, Alan; NEWHOUSE, Joseph P. The Geographic Distribution of Physicians Revisited. **Health Services Research**, v. 40, n. 6 Pt 1, p. 1931-1952, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361233/>>. Acesso em: 29 out. 2017. (ROSENTHAL; ZASLAVSKY; NEWHOUSE, 2005)

RUAS, Cristina. **Programa Mais Médicos: a história vivida e contada**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

SAMPAIO, Maria Regina Maneschy Faria. **Caminhos da recepção: a transferência para o Brasil de políticas para a educação superior**. 394f. Tese (Doutorado em Educação em Administração e Política Educacional) – Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7999/1/ulsd064890_td_tese.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (SAMPAIO, 2012).

SANTANA, José Paranaguá de. A cooperação técnica com os observatórios de recursos humanos em saúde no Brasil. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 29-35. (SANTANA, 2003).

SANTOS, Isabela Soares. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) . Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2576/1/ENSP_Tese_Santos_Isabela_Soares.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2017. (SANTOS, 2009).

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/09.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017. (SANTOS; UGÁ; PORTO; 2008).

SCHEFFER, Mário (Coord.). **Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição**. Vol. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. (SCHEFFER, 2013)

SCHEFFER, Mário. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 637-640, 2015. (SCHEFFER, 2015)

SCHULZE, Clenio; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde: Análise à luz da judicialização**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015. (SCHULZE; GEBRAN NETO, 2015)

SERNEELS, Pieter *et al.* **For public service or Money: Understanding Geographical Imbalances in the health Workforce**. Human Resources for Health (HRH). Health Systems for Outcomes Publication, 2007. Disponível em: <<https://www.k4health.org/sites/default/files/Geographical%20imbalances%20in%20HRH.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017. (SERNEELS *et al.*, 2007)

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortes, 2007. (SEVERINO, 2007)

SHIPAN, Charles R.; VOLDEN, Craig. The mechanisms of policy diffusion. **American Journal of Political Science**, v. 52, n. 4, ps. 840-857, 2008. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/815f/5b5d641a8abcb10dea7688051ff5ff4962be.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017. (SHIPAN; VOLDEN, 2008)

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In.: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, ps. 27- 41. (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007)

SILVA, Maria Josefina da; RODRIGUES, Rui Martinho. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 2, n. 1, jan-jun. 2000. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/678/748>>. Acesso em: 27 jul. 2017. (SILVA; RODRIGUES, 2000)

SILVEIRA NEY, Márcia; DE ALMEIDA RODRIGUES, Paulo Henrique. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a03v22n4.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017. (NEY; RODRIGUES, 2012)

SIMMONS, Beth A.; DOBBIN, Frank; GARRETT, Geoffrey. Introduction: The international diffusion of liberalism. **International Organization**, v. 60, n. 4, ps. 781-810, 2006. Disponível em: <https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/3119447/Simmons_IntroductionInternational.pdf?sequence=2>. Acesso em: 30 jun. 2017. (SIMMONS; DOBBIN; GARRETT, 2006)

SOUSA, Maria Fátima de *et al.* Por que mais médicos no Brasil? Da política à formação. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 159-174, 2015.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, ps. 204-218, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017. (SOUTO, OLIVEIRA, 2016)

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STONE, Diane. Learning lessons and transferring policy across time, space and disciplines. **Politics**, v. 19, n. 1, ps. 51-59, 1999. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Diane_Stone3/publication/229767986_Learning_Lessons_and_Transferring_Policy_across_Time_Space_and_Disciplines/links/5543145a0cf24107d3948df9.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (STONE, 1999)

STONE, Diane. **Learning lessons, policy transfer and the international diffusion of policy ideas**. CSGR Working Paper, n. 69/01. Coventry: University of Warwick, 2001.

Disponível em: <http://wrap.warwick.ac.uk/2056/1/WRAP_Stone_wp6901.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2017. (STONE, 2001).

STONE, Diane. Non-governmental policy transfer: the Strategies of independent policy institutes. **Governance: An International Journal of Policy and Administration**, v. 13, n. 1, ps. 45-62, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Diane_Stone3/publication/227837557_Non-Governmental_Policy_Transfer_The_Strategies_of_Independent_Policy_Institutes/links/5543145b0cf23ff716837b6b/Non-Governmental-Policy-Transfer-The-Strategies-of-Independent-Policy-Institutes.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (STONE, 2000)

STONE, Diane. Transfer agents and global networks in the 'transnationalization' of policy. **Journal of European Public Policy**, v. 11, n. 3, ps. 545-566, 2004. Disponível em: <http://wrap.warwick.ac.uk/1742/1/WRAP_Stone_JEPP_Transnational_Transfer.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (STONE, 2004)

STUBBS, Paul. Stretching concepts too far?: multi-level governance, policy transfer and the politics of scale in South-eastern Europe. **South East European Politics**, v. 6, n. 2, ps. 66-87, 2005. Disponível em: <http://wrap.warwick.ac.uk/1742/1/WRAP_Stone_JEPP_Transnational_Transfer.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2017. (STUBBS, 2005)

SZAFRAN, Olga; CRUTCHER, Rodney A.; CHAYTORS, R. Gordon. Location of family medicine graduates' practices: What factors influence Albertans' choices? **Canadian Family Physician**, v. 47, n. 11, p. 2.279-2.285, nov. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018468/pdf/11768926.pdf>>. Acesso em 28 out. 2017. (SZAFRAN; CRUTCHER; CHAYTORS, 2001)

TAKAKU, Reo. How **Do physicians respond to health insurance expansion?** evidence from pediatric clinics. 2017. Disponível em: <https://www.conftool.pro/iipf2017/index.php?page=browseSessions&form_session=159>. Acesso em: 29 out. 2017. (TAKAKU, 2017)

TOUSSAINT, John; GERARD, Roger. **On the mend: revolutionizing healthcare to save lives and transform the industry**. Lean enterprise institute, 2010. (TOUSSAINT; GERARD, 2010)

TUDO SOBRE PROVAB. **O Que é PROVAB**. Disponível em: <<https://www.tudosobreprovab.com.br/o-provab>>. Acesso em: 21 jul. 2017. (TUDO SOBRE PROVAB, 2017)

UNITED NATIONS (UN). **Draft outcome documento of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda**. General Assembly. Resolution A/RES/69/315. New York: United Nations, 15 sept. 2015. Sixty-ninth session. Agenda item 13 (a) and 115. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/315>. Acesso em: 22 ago. 2016. (UN, 2015)

UNITED NATIONS (UN). **Global health and foreign policy**. General Assembly. Resolution A/67/L.36. New York: United Nations, 6 dec. 2012. Sixty-seventh session. Agenda item 123. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E>. Acesso em: 22 ago. 2016. (UN, 2012)

UNITED NATIONS (UN). **Millennium Declaration**. General Assembly. Resolution 55/2. New York: United Nations, 18 sept. 2000. Fifty-fifth session. Agenda item 60(b). Document A/Res/55/2. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/55/2>. Acesso em: 15 ago. 2016. (UN, 2000)

UNITED NATIONS (UN). **Millennium development and beyond 2015**. Disponível em <<http://www.un.org/millenniumgoals/>>. Acesso em: 02 jun. 2017. (UN, 2017a).

UNITED NATIONS (UN). **Millennium Summit (6-8 September 2000)**. Disponível em <http://www.un.org/en/events/pastevents/millennium_summit.shtml>. Acesso em: 15 ago. 2016. (UN, 2016).

UNITED NATIONS (UN). **Sustainable Development: Knowledge platform**. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>>. Acesso em: 02 jun. 2017. (UN, 2017b).

UNITED NATIONS (UN). **World Summit Outcome**. General Assembly. Resolution 60/1. New York: United Nations, 24 Oct. 2005. Sixtieth session. Agenda items 46 and 120. Document A/Res/60/1. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/ods/A-RES-60-1-E.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016. (UN, 2005)

VALLE, Vanice Regina Lirio. **Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial**. Belo Horizonte: Forum, 2009. (VALLE, 2009)

VIEIRA, Monica. Recursos Humanos em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, ps. 343-347. [Verbete: Recursos humanos em saúde]. (VIEIRA, 2008).

VIEIRA, Swheelen de Paula *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 110-121, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017. (VIEIRA *et al.*, 2017)

WORLD BANK. **World development report 1987: Barriers to adjustment and growth in the world economy; industrialization and foreign trade; world development indicators**. Washington D.C.: World Bank, 1987. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/pt/458211468158384680/pdf/105960REPLACEMENT0WDR01987.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2017 (WORLD BANK, 1987)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Global Health Promotion Conferences**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>>. Acesso em: 02 jun. 2017. (WHO, 2017a).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO presence in countries, territories and areas: 2015 report** (WHO/CCU/15.05). Genebra: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171388/1/WHO_Presence_Report_2015.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016. (WHO, 2015).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Resolutions on health workforce development**. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/resolutions/en/>>. Acesso em: 26 ago. 2016. (WHO, 2016a).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **About WHO: What we do**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/what-we-do/en/>>. Acesso em 29 jun. 2017. (WHO, 2017c).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Arguing for universal health coverage**. Genebra: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/UHC_ENvs_BD.PDF>. Acesso em 23 ago. 2016. [Livro eletrônico] (WHO, 2013c).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946**. Documentos básicos. Suplemento de La 45ª edición. Octubre de 2006a. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em 19 jun. 2017. (WHO, 2006a).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO'S framework for action**. Genebra: World Health Organization, 2007b. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017. (WHO, 2007b).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage**. Sixty-seventh World Health Assembly. Resolution WHA67.24. Genebra: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 19 ago. 2016. (WHO, 2014)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **From Kampala to Bangkok: Reviewing progress, renewing commitments**. Outcome statement of the Second Global Forum on Human Resources for Health. Bangkok: World Health Organization, 2011a. Disponível em: <<http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/Outcomestatement.pdf?ua=1>>. Acesso em: 22 ago. 2016. (WHO, 2011a)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 jun. 2017. (WHO, 2016d)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Sixty-ninth World Health Assembly. Resolution WHA69.19. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-en.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 21 jun. 2017. (WHO, 2016c)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion in a globalized world**. Sixtieth World Health Assembly. Resolution WHA60.24. Geneva: World Health Organization, 2007a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/22599/1/A60_R24-en.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016. (WHO, 2007a)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health system strengthening: current trends and challenges**. Executive Board 128th Section. Provisional agenda item 4.5 (EB128/37). Geneva: World Health Organization, 2010b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/3250/1/B128_37-en.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2017. (WHO, 2010b).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health systems strengthening: Glossary**. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017. (WHO, 2017b).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health workforce and services – Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030**. Sixty-ninth World Health Assembly. Report by the Secretariat A69/38. Geneva: World Health Organization, 2016b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252697/1/A69_38-en.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017. (WHO, 2016b)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health workforce strengthening**. Sixty-fourth World Health Assembly. Resolution 64.6. Geneva: World Health Organization, 2011b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R6-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 ago. 2016. (WHO, 2011b)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations**. Geneva: World Health Organization, 2010c. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44369/1/9789241564014_eng.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017. (WHO, 2010c)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International conference on Primary Health Care, Alma-Ata**: Fifty-sixth World Health Assembly. Resolution WHA56.6. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em:

<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s15362e/s15362e.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016. (WHO, 2003)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries.** Fifty-seventh World Health Assembly. Resolution WHA57.19. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/workforcealliance/who04.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2016. (WHO, 2004)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary Health Care, including health system strengthening.** Sixty-second World Health Assembly. Resolution WHA62.12. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 ago. 2016. (WHO, 2009)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rapid scaling up of health workforce production.** Forty-ninth World Health Assembly. Resolution WHA59.23. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/WHA_59-23_EN.pdf?ua=1>. Acesso em: 19 ago. 2016. (WHO, 2006b)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reorientation of medical education and medical practice for health for all.** Forty-eighth World Health Assembly. Resolution WHA48.8. Geneva: World Health Organization, 1995. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/WHA48-8_EN.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 ago. 2016. (WHO, 1995)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening health systems in developing countries.** Fifty-fourth World Health Assembly. Resolution WHA54.13. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r13.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016. (WHO, 2001)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance.** Fifty-eighth World Health Assembly. Resolution WHA58.33. Geneva: World Health Organization, 16-25 May, 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20383/1/WHA58_33-en.pdf?ua=1&ua=1&ua=1>. Acesso em: 16 ago. 2016. (WHO, 2005)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Kampala Declaration and agenda for global action.** Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf?ua=1>>. Acesso em: 22 ago. 2016. (WHO, 2008)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage.** 3rd. Global Forum on Human Resources for Health. Brasil: World Health Organization, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 ago. 2016. (WHO, 2013a).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The role of health research**. Forty-third World Health Assembly. Resolution WHA43.19. Geneva: World Health Organization, 1990. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/resources/WHA43-19.pdf?ua=1>>. Acesso em: 18 ago. 2016. (WHO, 1990)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World health report 2000: health systems: improving performance**. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017. (WHO, 2000)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming health workforce education in support of universal health coverage**. Sixty-sixth World Health Assembly. Resolution 66.23. Geneva: World Health Organization, 2013b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R23-en.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016. (WHO, 2013b)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Global code of practice on the international recruitment of health personnel**. Sixty-Third World Health Assembly. Resolution WHA63.16. Geneva: World Health Organization, 2010a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 ago. 2016. (WHO, 2010a)

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001. (YIN, 2001)