

PATRÍCIA FERRÁS ARAÚJO DA SILVA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NA  
CONFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

BRASÍLIA

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PATRÍCIA FERRÁS ARAÚJO DA SILVA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NA  
CONFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

BRASÍLIA

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PATRÍCIA FERRÁS ARAÚJO DA SILVA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NA  
CONFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva  
do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Eri Shimizu

BRASÍLIA

2019

PATRÍCIA FERRÁS ARAÚJO DA SILVA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES NA  
CONFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Tese apresentada como requisito parcial para a  
obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva  
do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
da Universidade de Brasília.

**Aprovado em 11 de julho de 2019**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UnB  
Presidente da Banca

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ximena Pâmela Díaz Bermúdez  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UnB  
Membro interno

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Emiko Yoshikawa Egry  
Universidade de São Paulo – USP  
Membro externo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Janete Lima de Castro  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN  
Membro externo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariana Sodário Cruz  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UnB  
Suplente

*Dedico este trabalho aos meus pais.*

## AGRADECIMENTOS

Há 20 anos iniciei meus estudos com a Graduação na Universidade Federal Fluminense, fiz Especialização e Mestrado na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e agora, com o Doutorado na Universidade de Brasília, concluo mais uma etapa da minha jornada de aprendizagem, por isso agradeço às Instituições formadoras públicas, gratuitas e de qualidade por onde passei, com votos pelo seu fortalecimento para que outras pessoas tenham esta oportunidade tão singular de pesquisa e produção acadêmica.

Agradeço aos meus orientadores, Mauro e Helena, que com competência e generosidade estiveram sempre dispostos a construir o conhecimento, superando desafios e limitações no meio do caminho.

Às professoras Pâmela e Mariana que participaram da banca de qualificação e tanto contribuíram com pistas valiosas para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao Herton Araújo e equipe do ObservaRH/NESP/UnB, que foram fundamentais para o processo de reflexão e construção de alguns dos alicerces do estudo.

À Maíra e Soraya que participaram ativamente do desenvolvimento dos artigos, com olhares atentos e implicados.

Às minhas amigas Alessandra e Maria Carolina, sempre tão presentes na minha vida, obrigada por não deixarem a distância física nos afastar, vocês foram essenciais nessa caminhada.

Aos meus pais e irmãos que tanto me apoiam em todos os momentos.

Ao meu marido Paulo, pela paciência, suporte e incentivo durante este período tão exigente e desafiador.

E, finalmente, te agradeço meu Deus por tudo que tens feito, por tudo que vais fazer, por tuas promessas e tudo que és, eu quero te agradecer, com todo meu ser. *“Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; glória, pois, a ele eternamente. Amém.”*

## RESUMO

**Introdução:** Para empreender a análise da Força de Trabalho em Saúde (FTS) é necessário antes refletir sobre quem são e como se constituem estes sujeitos, que são afetados diariamente pelas complexidades do ‘fazer saúde’, em um processo exigente que requer ressignificações constantes sobre identidades e pertencimentos. No campo da saúde, composto por diferentes visões e atravessamentos, as normativas desempenham um papel relevante para a organização do sistema, especialmente se considerarmos as dimensões continentais e as diferenças regionais do território brasileiro, com implicações sobre a FTS. **Objetivo:** Analisar os aspectos históricos e políticos da conformação da FTS no Brasil, bem como seus avanços e desafios nos anos 2000, considerando-se a necessidade de profissionais nas regiões de saúde. **Metodologia:** Trata-se de estudo exploratório, do tipo misto. Utilizamos três estratégias metodológicas que, combinadas, nos permitiram reunir elementos para a construção da análise deste estudo, quais sejam: análise de documentos das políticas de saúde e suas intersecções com FTS, análise de dados secundários provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e da Relação Anual de Informações Sociais. **Resultados:** Observou-se que a conformação da FTS tem sido afetada pelas principais tendências das políticas de saúde, que impulsionaram o crescimento das categorias profissionais da saúde como um todo, trazendo para a centralidade a necessidade de composição multiprofissional das equipes, em detrimento de um olhar centrado exclusivamente no médico; Falta equidade na distribuição de profissionais nas regiões de saúde do Brasil. Por motivos diversos e em parte aqui explorados, os territórios mais afetados com a falta de profissionais são aqueles mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico; Persistem lacunas nesse debate, seja por questões políticas e econômicas, ou mesmo pela tendência frente às transformações próprias do trabalho; As Políticas são potencialmente indutoras da composição multiprofissional das equipes de trabalho e, em sua maioria, apresentam perspectivas de práticas interdisciplinares para o alcance de seus objetivos estratégicos. **Conclusão:** A temática da migração, provimento e fixação deve ser analisada em um contexto ampliado, problematizando o cenário político-institucional, que se coloca como desafio para a desconstrução do senso comum que tende a culpabilizar o profissional pela “escolha” dos grandes centros para sua fixação, como se esta fosse uma opção desvinculada das condições objetivas de vida e trabalho no território. **Palavras-chave:** Força de Trabalho em Saúde, Normativas, Políticas de Saúde, Equipe Multiprofissional.

## ABSTRACT

**Introduction:** In order to undertake the analysis of the Health Workforce (HWF), it is necessary to first reflect on who these subjects are and how they are, who are affected daily by the complexities of 'health', in a demanding process that requires constant identities and belongings. In the field of health, composed of different visions and crossings, the norms play an important role for the organization of the system, especially considering the continental dimensions and the regional differences of the Brazilian territory, with implications on the HWF. **Objective:** To analyze the historical and political aspects of HWF conformation in Brazil, as well as its advances and challenges in the years 2000, considering the need of professionals in the health regions. **Methodology:** This is an exploratory, mixed-type study. We used three methodological strategies that, combined, allowed us to gather elements for the construction of the analysis of this study, such as: analysis of health policy documents and their intersections with HWF, analysis of secondary data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics and Annual Report of Social Information. **Results:** It was observed that HWF conformation has been affected by the main trends in health policies, which have boosted the growth of health professional categories as a whole, bringing to the centrality the need for multiprofessional team composition, to the detriment of a looking exclusively at the doctor; There is a lack of equity in the distribution of professionals in the health regions of Brazil. For reasons that are diverse and partly explored here, the territories most affected by the lack of professionals are those most vulnerable from the socioeconomic point of view; There are still gaps in this debate, whether for political or economic reasons, or even for the tendency towards the transformations of work itself; Policies are potentially conducive to the multiprofessional composition of work teams and, for the most part, present perspectives of interdisciplinary practices to achieve their strategic objectives. **Conclusion:** The issue of migration, provision and fixation should be analyzed in an expanded context, problematizing the political-institutional scenario, which presents itself as a challenge for the deconstruction of common sense that tends to blame the professional for the "choice" of the large centers for its fixation, as if this were an option unrelated to the objective conditions of life and work in the territory. **Keywords:** Health Workforce, Norms, Health Policies, Multiprofessional Team.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figure 1: Increase of professionals of nine classes of health, Brazil, 2000 and 2010. ...	58
Figure 2: Increase of other professions examined, Brazil, 2000 and 2010 .....	60
Figura 3- Tendência da Distribuição de vínculos ativos de profissionais de saúde. Brasil, 2012 a 2016 .....	86
Figura 4 - Distribuição percentual de vínculos de profissionais da saúde* por macrorregião. Brasil, 2016 .....	89
Figura 5 - Distribuição de vínculos por categoria profissional e macrorregião. Brasil, 2016.....	89
Figura 6 - Distribuição de vínculos de profissionais de saúde* por tipo de vínculo e macrorregião. Brasil, 2016 .....	90
Figura 7 - Distribuição percentual de vínculos de profissionais de saúde* por natureza jurídica e macrorregião. Brasil, 2016.....	91
Figura 8 - Distribuição de vínculos ativos de profissionais da saúde* por faixa de horas contratuais e macrorregião. Brasil, 2016.....	92
Figura 9 - Distribuição percentual de vínculos desligados de profissionais de saúde* por tipo de desligamento. Brasil, 2016.....	93
Figura 10 – Distribuição de vínculos desligados de profissionais de saúde* por tipo de desligamento e macrorregião. Brasil, 2016 .....	93

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Changes in the Brazilian Public Health System.....	56
Tabela 2 Increase of nine health professions: absolute and percent increase, increase per 1,000 in habitants and per capita, mean and median increase per profession across all health regions. Brazil 2000 - 2010.....	57
Tabela 3 ANEXO A – Distribuição e média de vínculos de profissionais da saúde* por ano, tipo de vínculo, natureza jurídica, faixa de hora contratual e motivo de desligamento. Brasil, 2012 a 2016.....	100
Quadro 1 Linha do Tempo: Políticas de Saúde .....	31
Quadro 2 Políticas de Saúde no Brasil.....	67

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FHS – Family Health Strategy

FIES – Fundo de Financiamento Estudantil

FTS – Força de Trabalho em Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PDET – Programa de Disseminação de Estatísticas do Trabalho

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM – Programa Mais Médicos

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RHS – Recursos Humanos em Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TS – Trabalhadores da Saúde

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	13
<i>Os Sentidos do Doutorado</i> .....	13
1. INTRODUÇÃO .....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	19
2.1 <i>Os sentidos do trabalho em saúde e os Sujeitos trabalhadores</i> .....	19
2.2 <i>Desafios da gestão do trabalho da FTS e a Regionalização</i> .....	21
2.3 <i>Panorama internacional</i> .....	24
2.4 <i>A criação da SGTES</i> .....	25
2.5 <i>Contexto das Políticas de Saúde</i> .....	26
2.6 <i>As Políticas de Saúde e a FTS</i> .....	30
3. OBJETIVOS .....	35
3.1 OBJETIVO GERAL: .....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	35
4. MÉTODOS.....	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	42
5.1 ARTIGO 1 – HEALTH WORKFORCE IN BRAZIL: A 10-YEAR ANALYSIS OF THE DISTRIBUTION OF NINE HEALTH PROFESSIONS – 2000 TO 2010..	42
5.2 ARTIGO 2 – AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS (POSSÍVEIS) IMPLICAÇÕES NA CONFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE .....	61
5.3 ARTIGO 3 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL .....	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	102
REFERÊNCIAS .....	103

## APRESENTAÇÃO

### *Os Sentidos do Doutorado*

Ora, o que é a vida senão a eterna busca pelos sentidos? A resignificação constante do ser e estar, do sentir e do fazer, do possível e do provável. E na trajetória profissional e pessoal a história se repete.

Não é possível refletir sobre o doutorado como um fim em si mesmo. O doutoramento é um processo e como tal é (re)construído diariamente, como algo que a princípio ganha contornos do intangível, repleto de conteúdos e sedento por verdades. Mas afinal, qual seria 'A' verdade?

A verdade é que não existe uma única resposta, um único sentido, uma única interpretação. O que temos são possibilidades de diferentes olhares sobre uma construção inacabada, que contribui para algo maior a ser reencontrado e resignificado como um processo quase que antropofágico, que depende de olhares atentos e famintos pela busca do conhecimento.

Mas que conhecimento? O que vale ao final é o conhecimento que produz significados, que provém de sujeitos implicados, sujeitos agentes, ou simplesmente sujeitos que, com sua vivência toma por empréstimo uma dada realidade para delicadamente lançar-lhe um olhar a princípio desprezioso, curioso, por vezes vaidoso, daqueles que tem a certeza de que haverá algo mais profundo a ser desvendado, algo que de alguma forma vai ajudar a traduzir questões preteridas, envoltas em um delicioso misto de mistério e aventura.

Como sujeito implicado eu diria que este trabalho é um espelho. Um espelho que em alguns aspectos reflete minha trajetória profissional. Uma trajetória profissional que envolveu migrações. Sim. E foi afetada pelas políticas de saúde, como profissional que a princípio não faria parte da equipe hegemônica da saúde, profissional não médico talvez? Não. Assistente social, reconhecidamente profissional de saúde, categoria que hoje compõe as mais diversas formas de cuidado graças a um olhar ampliado sobre a produção do cuidado e cuja responsabilidade vai além da doença, em direção à saúde.

E como tal, a atuação profissional se deu nas mais diversas formas, nos três níveis de atenção e nas três esferas de governo. Mas e essa mobilidade não poderia ser interpretada como perda? Perda da capital para um município de médio porte, depois perda do município para o estado e, finalmente, perda do estado para a esfera federal. E

quanto a necessidade de fixação de profissionais de saúde? Não seria este o principal alvo no desafio do provimento da FTS? Não.

Como entender como perda um processo gradativo e cumulativo que nos leva a níveis mais profundos na busca pelo compreender e operar a saúde? Num sistema com tantas complexidades, como se conformar com algo estático enquanto há um mundo de possibilidades a ser desvendado. Fixar, colar, cravar, pregar... Sinônimos que provavelmente não seriam atribuídos ao ser humano, exatamente pela sua capacidade inventiva, criativa e dinâmica. E por que então isso deve ser negado àqueles que escolhem se tornar profissionais de saúde?

Talvez este seja um dos grandes desafios dos profissionais de saúde. A compreensão que seu fazer profissional está profundamente atrelado às suas capacidades de reinvenções e ressignificados. E para além disso ainda se coloca mais um desafio: estudar e trabalhar. Porque, afinal, na prática “o agir não é reflexivo”, é preciso associar o exercício profissional com a trajetória acadêmica para enfim qualificar a prática. Mas não seria este um ato de rebeldia? Sim. Rebeldia, resistência, resignação, resiliência.

É preciso reconhecer, não é fácil se colocar entre o Serviço e a Academia. Ambos andam (ou deveriam andar) lado a lado, mas tem especificidades e necessidades próprias que nem sempre convergem, na maioria das vezes não. Por outro lado, não há nada mais gratificante. E é com este sentimento que o doutoramento faz sentido.

O que em algum momento parece uma trajetória exigente e solitária ganha contornos de coletividade, com o vislumbre de seu valor social a cada vivência, como resultado para a sociedade de um investimento pessoal e profissional e é por isso que a migração não precisa necessariamente ser associada a perda. Falemos em transformação, em diferentes possibilidades de contribuição com este complexo sistema que é o SUS. Que ocupando diferentes lugares pode-se ofertar diferentes olhares e diferentes possibilidades de atuação.

O sentimento é de gratidão e incompletude. Isso porque o aprendizado não se encerra, a busca não termina, a trajetória não finaliza.

E que bom que é assim, que a história não se esgota e todos os dias somos capazes de interpretá-la, escrevê-la e contá-la de maneiras diferentes.

Este é o meu desejo, este foi o sentido que me permiti atribuir.

## 1. INTRODUÇÃO

Esta tese é apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília. Para empreender a análise da Força de Trabalho em Saúde (FTS) é necessário antes refletir sobre quem são e como se constituem estes sujeitos, que são afetados diariamente pelas complexidades do ‘fazer saúde’, em um processo exigente que requer ressignificações constantes sobre identidades e pertencimentos. É preciso compreender os sentidos para interpretar as conformações do trabalho em saúde.

É necessário se debruçar sobre a temática do trabalho para compreender suas nuances e rebatimentos no cotidiano das práticas, especialmente se considerarmos que a compreensão da FTS deva ser um debate politizado, lugar de valores e ideologias, que possui dimensões teóricas e conceituais, para além de uma visão imediata pragmático-normativa.

A perspectiva marxista contribui para a visão do indivíduo enquanto sujeito, que vende sua força de trabalho na composição de um sistema de produção de mais-valia ou lucro. Esta relação de expropriação dos meios de produção diferencia os trabalhadores daqueles que detém a propriedade e nos ajuda a compreender as relações capitalistas.

Mas e quanto ao setor público, onde o ‘lucro’ propriamente dito ganha outros contornos? A relação que se estabelece se complexifica quando o Estado passa a ser o detentor dos meios de produção e o valor social do trabalho passa a ser considerado.

Para compreender a tensão nas relações de trabalho nesse contexto faz-se necessário considerar as subjetividades, as trajetórias dos sujeitos e a dimensão simbólica do trabalho em saúde.

A saúde enquanto área de atuação exige o desenvolvimento de competências que devem ser observadas em suas múltiplas dimensões. Além do conhecimento técnico propriamente dito, é essencial o aprimoramento de habilidades e atitudes que sejam capazes de lidar com a dimensão relacional, tão essencial para a produção da saúde. Nesse âmbito a concepção de saúde integral e as práticas interprofissionais se estabelecem e se tornam indispensáveis, para o encontro com o usuário, a escuta qualificada, o vínculo com a população atendida, a leitura dos cenários, a apropriação do território, a ressignificação dos saberes e práticas, o respeito ao outro e a si mesmo.

Mas é preciso mencionar que a FTS não é um bloco homogêneo, pelo contrário, pode ser entendida como um locus de disputas, construídas historicamente, que contam

com o senso comum ou o imaginário social para fortalecer e replicar as hegemonias e o controle de uma categoria profissional sobre outra. Esta arena revela profundas disparidades que se iniciam na formação e se reproduzem no fazer profissional, no desafio de desenvolver práticas interdisciplinares, na perspectiva do fortalecimento das equipes de saúde.

A própria concepção de equipe de saúde em seu sentido mais profundo, de envolvimento de diferentes atores em sua composição, é um avanço em relação ao modelo médico centrado, ainda que careça de múltiplos movimentos de fortalecimento de identidades e projetos comuns. A formação em saúde, ainda pautada pela lógica de mercado e não pelas necessidades do SUS, é uma das responsáveis pela visão reducionista e corporativa dos profissionais, que na academia se concentram em seus próprios objetos e interesses, a serem superados ao se deparar mais adiante com um trabalho que exige uma organização que extrapole a sua categoria profissional.

Essa mudança de paradigma é o ponto de partida para a concretização de uma concepção de saúde integral, que considere os determinantes sociais, as diferenças entre os territórios, os saberes populares, a autonomia dos sujeitos, a corresponsabilização na produção da saúde.

Alguns fatores contribuíram para o desenvolvimento da FTS, tais como o desenvolvimento socioeconômico, as novas tecnologias, a facilitação do acesso ao ensino superior, o interesse do mercado no investimento neste campo e a organização do modelo de atenção à saúde, de acordo com as políticas de saúde, expressas nas normativas que as institucionalizam.

Nos caminhos de análise de políticas nos deparamos com ciclos que iniciam com a identificação de problemas que ganham destaque e se tornam questões que entram para a agenda de governo, mobilizando arenas e atores até que após um período de disputas com ganhos e perdas, se chega ao objetivo final que é dar institucionalidade a uma determinada questão de forma a garantir sua posição estratégica, com algum destaque, visibilidade e recursos para sua implementação, agora com status de políticas públicas.

Mais especificamente no campo da saúde, que é composto por diferentes visões e atravessamentos, as normativas desempenham um papel relevante para a organização do sistema, especialmente se considerarmos as dimensões continentais e as diferenças regionais do território brasileiro. A organização do SUS requer direção única com descentralização político administrativa para sua operacionalização, com divisão de

responsabilidades entre os entes federados. É preciso dar materialidade ao que se pretende implementar enquanto política de saúde e esta é uma das potências das normativas.

A Reforma Sanitária é o grande marco para pensar a valorização do trabalhador da saúde, embora se faça menção a movimentos anteriores à Constituição de 1988, nos remetendo à constituição própria do trabalho, atravessado pelas mazelas da chamada Terceira Revolução Industrial.

O contexto do trabalho em saúde é, portanto, atravessado pelas consequências da orientação neoliberal que, assim como nas demais áreas, representam uma série de restrições para o conjunto de trabalhadores, privilegiando a lógica do mercado e de busca pelo lucro que tem rebatimentos importantes, especialmente no campo da saúde pública, pela retração do Estado e a conseqüente e crescente precarização do trabalho.

A atenção à saúde é um tema complexo e cheio de significados que vêm sofrendo transformações ao longo da história. A concepção centrada no modelo biomédico, hospitalocêntrico vem sendo confrontada com as necessidades em saúde que extrapolam as possibilidades de uma única categoria profissional.

Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, em que saúde não consiste apenas na ausência de doenças, inserem-se outros elementos com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os modos de vida dos sujeitos, territórios vivos e tantas outras variáveis, fazendo com que desenhos assistenciais unilaterais e exclusivos mostrem-se cada vez mais insuficientes.

A organização dos modelos de atenção em saúde hoje exige um olhar aprofundado e cuidadoso da realidade, demandando estratégias a serem desenvolvidas de forma horizontalizada e dialógica com aqueles que já não se configuram como “pacientes” nas relações de produção da saúde e sim atores ativos cujos saberes devem ser considerados para construção de possibilidades de ação.

Tudo isso reflete diretamente na Força de Trabalho em Saúde (FTS) que, tradicionalmente tem sua formação de base exclusivamente voltada para sua categoria profissional, de maneira isolada das demais profissões e saberes que compõem o cuidado em saúde, o que provoca uma série de desafios para as equipes de saúde.

Numa concepção de saúde integral, as equipes de saúde precisam ter um desenho multiprofissional para, numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional, serem capazes de assegurar o direito à saúde, extrapolando as prescrições tradicionais na compreensão de sua insuficiência e ineficácia.

Neste sentido, é preciso reconhecer o que as políticas de saúde e o modelo de atenção têm trazido em seu escopo, que reflete diretamente na conformação da FTS.

A hipótese deste estudo é que as políticas de saúde têm implicações sobre a FTS, com impactos sobre a composição multiprofissional das equipes, sobre novos postos de trabalho e sobretudo sobre a formação das profissões de saúde. Ressalte-se que as equipes de saúde são compostas por todos os níveis de formação, com grande protagonismo dos níveis médio e técnico e das demais ocupações de saúde. No entanto, na delimitação do objeto deste estudo, considerou-se a conformação da FTS no que tange às quatorze categorias profissionais de saúde de nível superior, reconhecidas pela Resolução Nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Os sentidos do trabalho em saúde e os Sujeitos trabalhadores

Pode-se dizer que o trabalho em saúde ocorre essencialmente no “encontro” com o usuário, em suas mais diversas expressões. A dimensão relacional é essencial para compreensão de suas complexidades, definida por Merhy como trabalho vivo em ato, não capturado por ferramentas e saberes tecnológicos, ou seja, trabalho morto. *“O agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena as tensões autonomia versus controle em meio às quais se constroem as ações humanas nos ambientes produtivos em saúde”* (MERHY, 2002).

E há características marcantes que diferenciam os profissionais de saúde dos demais ramos de atividade, assim descrito por Merhy:

[...] diferentemente de outros processos produtivos, na saúde, o trabalhador a qualquer momento poderá ser seu próprio usuário. Imperativamente, quase que de modo obrigatório terá que sempre se ver diante do fazer de si mesmo, porque mesmo inconscientemente tem que responder para si se seria um usuário do que está fazendo com o outro. (MERHY, 2005).

A noção de “sujeitos” é essencial para a análise aqui proposta, que pressupõe protagonismos e centralidades nos processos de produção da saúde.

Há tempos superamos, ou pensamos ter superado, a visão do trabalhador pela noção de 'recursos humanos', como mero insumo ou recurso imaterial, com base em análises desvinculadas de sua dimensão política, suas relações sociais e históricas, contradições e conflitos (CARVALHO et al., 2013).

Adota-se neste estudo a terminologia 'Força de Trabalho em Saúde', em consonância com a tradição marxista, que compreende o trabalho como a mediação entre o homem e a natureza, cujo principal produto no campo da saúde é o cuidado (MERHY, 2002). No modo de produção capitalista, o que é vendido como mercadoria é a força de trabalho e não o trabalho em si. E nesta relação de exploração da força de trabalho assume-se tanto a possibilidade de remuneração abaixo do seu valor quanto de consumo além das condições normais, levando ao seu esgotamento (ENGELS, 1983).

[...] há certos traços peculiares que distinguem o valor da força de trabalho, ou valor do trabalho, dos valores de todas as demais mercadorias. O valor da força de trabalho é formado por dois elementos, um dos quais puramente físico, o outro de caráter histórico e social. Seu limite mínimo é determinado pelo elemento físico, quer dizer, para poder manter-se e se reproduzir, para perpetuar a sua existência física, a classe operária precisa obter os artigos de primeira necessidade absolutamente indispensáveis à vida e à sua multiplicação.

O valor destes meios de subsistência indispensáveis constitui, pois, o limite mínimo do valor do trabalho. Por outra parte, a extensão da jornada de trabalho também tem seus limites máximos, se bem que sejam muito elásticos. Seu limite máximo é dado pela força física do trabalhador. (MARX, 1988).

A “lente” marxista lança luz sobre os processos e relações de trabalho que, especialmente na área da saúde, ainda hoje sofrem as consequências dos resquícios de suas bases históricas de assistência pautadas na filantropia, onde a prestação de serviços, especialmente os voltados para a população mais vulnerável, era fortemente vinculada ao voluntarismo.

Na prática, esta vertente precisa ser superada pela constatação de que as relações de trabalho são atravessadas por condições objetivas de exploração e superexploração, pela venda da força de trabalho dos profissionais de saúde, agravada pela hegemonia neoliberal com presença marcante do mercado em funções antes pertencentes ao Estado, como um dos efeitos colaterais da “Reforma ou Contra-Reforma do Estado” que, além de reduzir o seu papel, preconiza a responsabilização da sociedade civil, por meio de parcerias com bases na “refilantropização”, envolvendo agentes e cuidadores na realização de atividades profissionais para dividir os custos da crise (BRAVO, 2006).

Esta concepção crítica alinha-se à conceituação feita por Nogueira (1983), entendendo que a noção de FTS vincula-se à sua origem na economia política enquanto os RHS são originados na administração com componente gerencial.

Apesar do autor não classificar necessariamente a FTS e a RHS como antagônicas, faremos a vinculação a partir de sua origem para a discussão aqui empreendida, também corroborada por Paim (1994, p. 64): “[na] compreensão dos Recursos Humanos como força de trabalho na sua dupla dimensão ‘mercadoria’ específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer história – além de ‘sujeito-agente’ das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da ideia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política”.

Alguns autores discordam da categorização FTS, descrevendo simplesmente como Trabalhadores da Saúde (TS) ao se referir ao conjunto de trabalhadores/profissionais de saúde, a exemplo de Assunção et. al, que considera que

“*nem recurso humano, nem força de trabalho. Sujeitos que buscam sentido no trabalho, trabalhadores!*” (ASSUNÇÃO et al., 2007).

Mas o termo ‘trabalhadores’ realmente é a melhor forma de expressar? Considerando-se tratar de um substantivo masculino a resposta é não. Muitos estudos comprovam que a maioria desses trabalhadores é feminina. E mais uma vez chegamos ao lugar comum da falta de consensos na conceituação, ou simplesmente na ‘rotulagem’.

Ressalte-se que o debate internacional tem importantes contribuições para o campo e não envolvem necessariamente uma única terminologia, referindo-se ao tema mais frequentemente como ‘*human resources for health*’ ou ‘*health workforce*’.

De todo modo, tomando por empréstimo as palavras de Ceccim (2005), para efeitos de análise deste estudo, “*leia-se Coletivos Organizados de Produção em Saúde*”.

Quando nos referimos a um coletivo organizado, não estamos falando dos trabalhadores individualmente e nem da sociedade dos trabalhadores, mas de agrupamentos articulados por um fim. Um coletivo organizado, entretanto, não configura necessariamente uma unidade, ele não é um organismo, mas um dispositivo. Não se propõe como um espírito de corpo ou em um fisiologismo, mas em produção de encontro, de intercâmbio de provocações, de alteridade. O que dá organização ao dispositivo coletivo organizado não é a identidade entre seus membros, mas seu objetivo de produção. (CECCIM, 2005: 170).

## **2.2 Desafios da gestão do trabalho da FTS e a Regionalização**

O Decreto 7508/11 define Região de Saúde como “*espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde*” (BRASIL, 2011).

A organização do território em regiões de saúde, como um agrupamento de municípios, vem atender à necessidade de se ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, desafio permanente na consolidação do SUS, com o objetivo de garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e com qualidade e efetivar o processo de descentralização e reduzir as desigualdades regionais.

Tanto no que se refere às condições geográficas, quanto aos modos de vida de seus habitantes, os territórios podem apresentar diferenças importantes, cuja observação é útil para compreender as desigualdades regionais.

No latim, o termo *territorium* tanto pode significar porção delimitada de terra, quanto terror, relacionando-se com dominação e inspiração do medo, numa dupla conotação material e simbólica. O território, portanto, tem um caráter de apropriação e

relação de poder e é onde se estabelece a vida em sociedade, onde se dão as relações sociais projetadas em determinado espaço. A territorialidade por sua vez é derivada das organizações dos territórios, quando se extrapolam e coexistem, no mesmo espaço, várias relações de poder, como um aspecto processual de formação do território. De acordo com Milton Santos, a territorialização pode decorrer tanto das horizontalidades, como um processo de continuidade territorial, quanto das verticalidades, resultado de processos de dominação econômica.

Na saúde, a territorialização se constitui pelas horizontalidades, na medida em que busca a constituição de redes de serviços capazes de otimizar recursos para atender às necessidades de saúde da população. O pacto federativo definido pela Constituição de 1988 que define as três esferas de gestão é o primeiro passo na busca pela satisfação das necessidades locais. Nessa perspectiva, a territorialização em saúde coloca-se como uma metodologia capaz de responder de maneira mais adequada às demandas de saúde da população, buscando compreender e desenvolver estratégias a partir do território e de suas peculiaridades, considerando os modos de vida, as condições locais e a situação de saúde para a construção da integralidade do cuidado em saúde. É também a busca pelo fortalecimento de princípios como humanização, empoderamento e participação social.

O Decreto 7.508 em 2011 reforça a necessidade da otimização de recursos numa gestão que privilegie a organização da oferta de serviços em bases territoriais. O feito se torna possível por meio da organização das regiões de saúde, que ampliam o acesso da população, efetivando a descentralização e diminuindo as desigualdades regionais. A implementação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) público, universal e de qualidade, ainda é um desafio num país com dimensões continentais como o Brasil, cujas desigualdades locorregionais por vezes se constituem como barreiras tanto de acesso como de oferta de serviços. Em que pese a óbvia necessidade da organização de base regional, persistem muitos desafios na busca da superação das desigualdades locorregionais, em especial no que se refere ao provimento e fixação de profissionais de saúde.

As metas de desenvolvimento para o novo milênio e as prioridades do setor saúde para a próxima década trazem a questão da equidade na distribuição da força de trabalho como destaque estratégico para a resolução dos problemas de saúde (MIGUELOTE et al., 2008).

A regionalização seria uma importante ferramenta nesse sentido, considerando-se o seu potencial em superar as barreiras municipais na perspectiva de um provimento que

enfrentasse os desafios da gestão do trabalho, em especial em relação ao custeio e lei de responsabilidade fiscal em municípios de pequeno porte, dentre tantos outros.

A experiência brasileira de descentralização do SUS revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma federação que se distingue por: (a) marcantes desigualdades sócio-econômicas [...]; (b) reconhecimento dos governos locais (municípios) como entes federativos a partir da Constituição de 1998 [...] (c) existência de mais de 5 mil municípios no país de pequeno ou médio porte, com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhe são atribuídas. (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2006:23).

Constata-se a carência de elementos como Sistemas de informação, planejamento e avaliação enquanto dispositivos de qualificação necessários ao processo de gestão da FTS, como parte do reconhecimento da necessária discussão sobre carência e distribuição de profissionais, empreendendo um debate consistente sobre desprecarização dos vínculos e desenvolvimento de planos de carreira.

A este respeito, Mendes et al. sinalizam:

Além de serem importantes instrumentos de gestão na área de gestão do trabalho e educação em saúde, os PCCS estão diretamente relacionados à motivação, qualificação profissional, fixação e valorização dos trabalhadores da saúde. A ausência do PCCS, associada ao não cumprimento dos direitos trabalhistas e às condições desfavoráveis de trabalho, é um fator que gera desmotivação e sentimento de desvalorização nos profissionais. (MENDES et al., 2018).

Enquanto desafio mundial, a gestão do trabalho da FTS tem rebatimentos sobre sistemas e serviços de saúde e reflexos diretos e imediatos sobre a saúde da população. Especialmente em países com maior extensão territorial como é o Brasil, em função de suas peculiaridades regionais.

Há que se considerar, por exemplo, áreas rurais e remotas, de difícil acesso, povos indígenas, população ribeirinha, do campo e da floresta, regiões de fronteira, o semiárido, as grandes metrópoles, enfim, uma infinidade de cenários com necessidades próprias.

E o desafio vai muito além de diferenças geográficas, na perspectiva multicultural, envolvendo saberes populares e tradicionais, modos de vida e de produção, crenças e espiritualidade e tudo isso vai repercutir na relação com o serviço de saúde, no olhar sobre as formas de cuidado, na construção de vínculos e na produção da saúde.

Outro desafio para a gestão do trabalho é a feminização da FTS e seus reflexos sobre o mercado de trabalho, as relações de trabalho e sobretudo sobre a remuneração (WERMELINGER et al., 2010).

### ***2.3 Panorama internacional***

Uma das iniciativas para o enfrentamento das questões sobre atração e retenção da FTS foi o Código Global de Práticas sobre o recrutamento internacional de pessoal de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovado em 2010 e revisado em 2015. As desigualdades globais na distribuição da FTS motivaram a iniciativa, que visa fundamentalmente estabelecer um conjunto de normas e princípios éticos para assegurar a sustentabilidade dos sistemas de saúde, evitando o desequilíbrio da perda de profissionais de saúde de países vulneráveis para países ricos (BRUGHA e CROWE, 2015).

Assim como no Brasil, países como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Irlanda tem mais dificuldade no provimento de áreas rurais e remotas e a FTS estrangeira é chamada a atuar na atenção primária, que em geral não é disputada pela FTS interna, que visa as especialidades hospitalares, associadas a maiores salários e prestígio (BRUGHA e CROWE, 2015).

Nesta perspectiva, a cooperação entre Brasil e Cuba pelo Programa Mais Médicos foi decisiva para o atendimento às áreas de maior vulnerabilidade, com atuação dos médicos estrangeiros nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, por exemplo, onde havia clara carência de médicos (ALVES et al., 2017).

Entretanto, a cooperação internacional não se resume ao provimento, a exemplo da cooperação técnica entre Angola e Cuba cujo objeto foi a formação médica, com abertura de universidades no interior com predomínio de uma formação médica voltada para a medicina geral e integral, interessada em formar profissionais capazes de contribuir com o desenvolvimento epidemiológico e socioeconômico. E ainda a cooperação Brasil e Angola, voltada para o desenvolvimento de capacidades (ALVES et al., 2017).

Ressalte-se que a formação médica em Cuba é destaque mundial e exemplo de solidariedade. Sua população atingiu em 2010 a taxa mais baixa de mortalidade infantil das Américas, conformando um sistema de saúde acessível, universal e gratuito, pautado na prevenção e atenção primária. (OSA, 2011).

Em 2006, o Relatório Mundial de Saúde retratou a crise global da FTS colocando a África no centro da crise, ao comparar sua situação com 25% da carga mundial de doenças, 3% dos trabalhadores de saúde do mundo e apenas 1% dos recursos econômicos globais, enquanto que a região das américas com 10% da carga global da doença, concentrava 37% dos trabalhadores de saúde do mundo, além de concentrar, à época, 36

dos 57 países com escassez crítica de profissionais de saúde, com o êxodo de seus profissionais para áreas urbanas ou outros países. Estimou-se que nesses 57 países havia um déficit global de 2,4 milhões de médicos, enfermeiros e parteiras, coexistindo em muitos casos com grande número de profissionais de saúde desempregados (OMS, 2006).

No campo da formação, vale destacar a experiência de cooperação técnica internacional entre o Brasil e países da região andina com o Curso Internacional em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde (CIRHUS) cuja proposta consistia em compartilhar experiências, problemas e soluções comuns na gestão de recursos humanos para a saúde em diferentes países (CASTRO et al., 2015).

Buscando o desenvolvimento de estratégias para o alcance das metas de saúde relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, foram realizados três Fóruns Globais sobre Recursos Humanos para a Saúde, Uganda em 2008, Tailândia em 2011 e Brasil em 2013, representando uma importante iniciativa no âmbito global, reunindo especialistas, gestores e os profissionais de saúde (PORTELA et al., 2017).

Para Dal Poz et al., os sistemas de saúde dos países latino-americanos e caribenhos se caracterizam pela fragmentação e segmentação e apontam como saída o intercâmbio de práticas para o enfrentamento das questões relacionadas à gestão da FTS, assim como o planejamento, avaliação e disseminação de experiências exitosas (DAL POZ et al., 2015).

#### ***2.4 A criação da SGTES***

A falta de protagonismo do Estado neste campo favorece a regulação do mercado, onde prevalecem as tendências individualistas e competitivas, provocando desigualdades na distribuição territorial de profissionais de saúde que são agravadas pelas peculiaridades das diferentes regiões.

[...] a regulação de grande parte da força de trabalho do setor escapa, em importantes aspectos quantitativos e qualitativos, tanto aos mecanismos autorreguladores dos mercados como aos desideratos da gerência organizacional (ou da burocracia) do setor. O aparato corporativo profissional, as universidades e o sistema educativo jogam papel decisivo na definição dos níveis da oferta e padrões de qualidade da força de trabalho do setor. (DAL POZ, PIERANTONI e GIRARDI, 2013).

Nesse sentido, a institucionalização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi um importante marco para a FTS. Identificar a força de trabalho atuante no

SUS, desenvolver ações para planejar a equitativa distribuição de profissionais e combater a sua escassez foram desafios empreendidos pelo Ministério da Saúde (MS) que, por meio da SGTES, assumiu o compromisso de elaborar políticas de provimento e fixação de profissionais de saúde.

Deve-se considerar que temáticas relacionadas à distribuição, migração, movimentação, provimento e fixação de profissionais de saúde estão hoje dentre as principais questões da agenda do setor saúde, em especial da SGTES, sendo este um campo prioritário para estudos, a fim de subsidiar políticas e estratégias setoriais e de Estado, além de adotar estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a qualificação da gestão (PIERANTONI et al., 2008).

O Ministério da Saúde estabeleceu no bojo de seu planejamento estratégico (2011-2015) como objetivo estratégico número 8 "Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de Saúde", num entendimento de que o "fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde é uma das principais estratégias para o enfrentamento e o atendimento das demandas de saúde da população" (BRASIL, 2013).

[...] Outras ações desencadeadas pela SGTES foram: i) a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS DesprecarizaSUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo; ii) a instituição do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, com o objetivo de formular políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde que levem a uma maior cobertura e maior qualidade da atenção à saúde para a população, prioritariamente, nas regiões fronteiriças do Mercosul; iii) a discussão para implementação do PCCS-SUS; iv) na área da gestão da formação, a criação dos programas PET-Saúde, Profae, Profaps, Pró-saúde, Pró-residências, Telessaúde e UnaSUS; v) a instituição da Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) como instância permanente de resgate do papel do gestor e regulador do trabalho em saúde. Esses programas e ações merecem análises aprofundadas para avaliar os avanços e limites de cada proposta. (CARVALHO et al., 2013).

## ***2.5 Contexto das Políticas de Saúde***

Lucchese (2004) define política pública como “conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental”.

Nesse contexto, entende-se que as políticas sociais são próprias do modo capitalista de produzir e reproduzir-se, como um fenômeno associado a própria constituição da sociedade burguesa. A política social se configura como lócus da luta de

classes, já que sua existência se associa com as mazelas da questão social, como condição para a reprodução da força de trabalho (BEHRING, 2006).

A década de 1980, a chamada década perdida em função do aumento da pobreza e da miséria, intensificou o debate acerca das políticas sociais, em meio às lutas contra a ditadura militar e os esforços pela construção democrática do Estado e da sociedade civil (RAICHELIS, 2006).

As políticas sociais, com forte controle financeiro e administrativo assume no pós-constituente o caráter de descentralização, com maior controle dos governos locais, especialmente dos municípios no caso da saúde (SILVA, 2013).

A tarefa específica das políticas públicas de saúde em relação às outras políticas públicas da área social é organizar as funções públicas baseadas nos princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. A organização proposta pela CF é pautada pelo modelo de Seguridade Social, que compreende a previdência, a saúde e assistência social (LUCCHESI, 2004).

As políticas públicas de saúde representam o ordenamento setorial e expressa não só as ações do Estado na regulação e ordenamento da função pública como também os anseios da população e a disputa entre diferentes atores sociais (WARGAS, 2004).

Em uma visão crítica, evidencia-se seu potencial de controle político e social do Estado sobre a classe trabalhadora formal, voltando-se para minimizar os efeitos nocivos das atividades econômicas sobre a sociedade industrial contemporânea, relativizando as contradições inerentes ao próprio sistema (SILVA, 1996).

As discussões sobre políticas públicas e especificamente sobre as políticas de saúde requerem prévia conceituação para compreensão de suas intencionalidades. Destaque-se que é preciso aprofundar a análise, *“não é suficiente tratar os processos políticos apenas no que é aparente ou formalmente estabelecido; é preciso romper com uma visão normativa e descritiva das políticas e trazer o que há de vida na sua construção”* (BAPTISTA e MATTOS, 2011:13). Portanto, deve-se considerar os cenários e contextos histórico-políticos de sua conformação.

O primeiro ponto que nos parece interessante de ser destacado na orientação aos estudos de políticas é a percepção de que qualquer política está associada a **construções históricas e modos de operar** próprios de cada realidade, de cada Estado. Toda política insere-se numa trajetória geral e também específica e constitui-se numa **institucionalidade**, que de alguma forma a condiciona e dá sentido (...) O segundo ponto de destaque nos estudos de política remete à compreensão de que são **os sujeitos que fazem a história**. Partimos do

reconhecimento de que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos e que existem diferentes inserções dos mesmos no debate político (...) O terceiro ponto, os **espaços de relação e negociação** utilizados pelos sujeitos no processo de construção dos discursos da ação política (...) O quarto ponto de destaque nos estudos de política remete aos processos de inserção e sustentação de **conteúdos e enunciados** que se afirmam no texto de uma proposta política. Os conteúdos carregam o que há de saber em disputa e podem dar pistas importantes sobre as apostas em curso. A partir de um conteúdo é possível identificar conceitos utilizados, diferentes visões da estratégia política adotada, incongruências com o contexto que se insere e com a trajetória de uma área ou discussão. (BAPTISTA e MATTOS, 2011:17, 20, 25, 27 – grifos nossos).

O contexto do final dos anos 80 e início dos anos 90 não eram exatamente favoráveis à expansão de direitos, com o Estado brasileiro passando por uma das piores crises econômicas já vividas pelo país (altas taxas de inflação), com a declarada falência do projeto desenvolvimentista e com a adoção de políticas restritivas de gasto com foco na redução do papel do Estado (SALLUM JR, 2004). O liberalismo econômico tornou-se hegemônico na década de 1990, sendo decisivamente incorporado à vida política brasileira. Os anos 1990 se iniciam com um governo que pretendia imprimir um sentido anti-estatal e internacionalizante à sociedade brasileira, reduzindo as despesas do Estado de forma arbitrária, o que desorganizou a administração pública.

Fagnani (2005) destaca que, durante a década de 1990, o gasto social brasileiro passou a ser o 'grande vilão' da economia, da estabilidade da moeda e das contas públicas. Uma solução indicada para combater a desigualdade estava em deslocar os recursos de programas universais para programas centrados na transferência de renda. Assim, para o autor, a partir de 1990, assistiu-se a uma contínua tentativa para fazer regredir a cidadania conquistada, negando direitos constitucionais e reduzindo a questão social aos 'mais pobres dentre os pobres'.

Neste contexto, com a estabilização monetária em 1994, houve o retorno de um debate mais intenso sobre políticas intersetoriais, com a possibilidade de retomada de políticas de investimento e crescimento, com políticas sociais voltadas para a erradicação da miséria, com destaque para os programas de combate à fome e Programas de Aceleração do Crescimento.

Ao final da década, é possível perceber uma mudança de rota. O controle da inflação já não era mais a única política a ser mantida; pode-se falar de investimento e novas políticas. É nesta oportunidade que surgem ou que se fortalecem muitas políticas

específicas na saúde - saúde mental, Programa Saúde da Família (PSF), saúde bucal, transplantes, saúde do adolescente, renais e tantas outras.

A extinta Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, criada em 1997, era a responsável pela formulação de políticas de saúde e em 1998 elaborou um documento no qual explicitava os principais elementos acerca do tema. De acordo com o próprio documento, pela primeira vez o Ministério da Saúde explicitava a necessidade e a vontade de formular políticas:

Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as **intenções de atuação** do governo e a **orientar o planejamento**, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos. Com a explicitação formal dessas decisões, busca-se, também, permitir o **acesso da população** em geral, e dos formadores de opinião em particular, à discussão, à implementação e à avaliação das políticas. As políticas visam **tornar transparente** a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. **O cerne de uma política é constituído pelo seu propósito, diretrizes e pela definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos.** Por isso, as políticas representam, no instrumental de planejamento, a parte mais geral, que dispensa, assim, quantificação de objetivos, metas e recursos. Os instrumentos pelos quais se decodificam as políticas são os planos, os programas, os projetos e as atividades. Enquanto os planos são expressões ainda gerais dos componentes da política, com algum detalhamento de objetivos, os programas e os projetos compreendem maior pormenorização, que é traduzida em metas, cronogramas e orçamento. As atividades, que têm caráter permanente, são detalhamentos dos programas, para fins operacionais. No conteúdo dos programas, projetos e atividades, são definidas as **estratégias de implementação** das políticas. Nessa etapa de detalhamento, os executivos governamentais decidem à luz das limitações e da disponibilidade, quer de tempo, quer de recursos humanos e financeiros, a oportunidade de **efetivação das mudanças** preconizadas. (BRASIL, 1998:7-8 grifos nossos).

O interesse era constituir, na saúde, um espaço privilegiado de atuação política, uma 'vitrine da política de governo' cuja principal estratégia era a municipalização, com prioridade para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, enfatizadas pela constituição do Piso da Atenção Básica (PAB) e estímulos ao Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários (PSF/Pacs) (BAPTISTA, 2003).

Os anos 2000 foram marcados por uma série de particularidades no estabelecimento de prioridades e ações que se inserem numa agenda governamental voltada para o social, embora não tenha adotado políticas redistributivas drásticas. O legado dos anos 2000 está na compreensão do que foi a década de 1990, permeada de contradições, avanços e rupturas com a condução política da década anterior, refletindo

os embates decorrentes da crise do Estado e a captura por interesses privados e pela globalização (SILVA, 2015).

O histórico da institucionalização jurídico-legal da política de saúde pode ser analisado na perspectiva de Kingdon (1984), com a entrada de temas prioritários para a ‘agenda’ apresentada como “*a lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento*”. Os temas ganham espaço em contextos específicos e a partir da atuação dos diferentes grupos e atores que vislumbram oportunidades para inserção de suas questões no debate político, aproveitando para tanto as ‘janelas de oportunidades’, para institucionalização como política nacional. Tudo isso com reflexos das interferências dos atores políticos e das arenas em que se conformam em torno dos diferentes interesses.

A agenda faz parte do estágio denominado pré-decisório da política e só muda quando os três fluxos (problemas, soluções e política) convergem, o que ocorre quando as *policy windows* estão abertas, em períodos de caráter provisório (CAPELLA, 2006).

É preciso ressaltar que essas arenas políticas são conformadas no contexto neoliberal, na lógica do estado mínimo, de redução do papel do Estado, de redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. Tudo isso na contramão da lógica da política de saúde concebida na instituição do SUS (BRAVO, 2006; MACHADO et al., 2017). Nessa perspectiva alguns efeitos nocivos são mais aparentes:

O desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico. (BRAVO, 2006:14).

Para entrarmos no debate propriamente dito das políticas e a FTS é preciso compreender as disputas e contradições do ponto de vista político e econômico, já que interferência da macroeconomia no setor saúde é real e inegável refletindo, sobretudo, sobre força de trabalho, seja pelo desemprego elevado e/ou na precarização das condições e relações de trabalho (POCHMANN, 1998).

## **2.6 As Políticas de Saúde e a FTS**

As apostas políticas dos anos 2000 evidenciam a tendência do desenvolvimento das políticas de saúde e sua repercussão na conformação da FTS. Os cenários onde se desenvolvem as políticas são fundamentais para compreensão de suas intencionalidades, já que representam as janelas de oportunidades para determinados grupos que competem pela entrada de suas questões na agenda de governo.

Machado (2005) pondera que “o SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar uma efetiva política de RH compatível com a sua concepção universalista. Adotou-se a política da antipolítica”.

Ressalte-se que o início dos anos 2000, final do segundo mandato do governo FHC, foi marcado pela “ênfase na estabilização monetária, privatização de empresas estatais, continuidade das estratégias de abertura comercial e adesão às regras do comércio internacional”, enquanto os governos de esquerda a partir de 2003 levantaram “expectativas de configuração de um modelo de desenvolvimento redistributivo” (MACHADO et al., 2017:144), com prioridade para políticas voltadas para o combate à pobreza e expansão de direitos de grupos socialmente vulneráveis.

Quadro 1 – Linha do Tempo: Políticas de Saúde

<b>Ano de Publicação das Normativas</b>	<b>Exemplos de temas institucionalizados por Políticas Nacionais</b>	<b>Programas Estruturantes</b>
2001	Saúde Mental	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
2002	Povos Indígenas	Núcleos de Atenção à Saúde Indígena
2003	Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
	Humanização	HumanizaSUS
2004	Mulheres	Rede Cegonha
	Saúde Bucal	Programa Brasil Sorridente; Centros de Especialidades Odontológicas
	Assistência Farmacêutica	Programa Farmácia Popular do Brasil
2006	Atenção Básica	Estratégia Saúde da Família (ESF); Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)
	Plantas Medicinais e Fitoterápicos	Incorporação de profissionais e plantas medicinais pelo SUS
	Práticas Integrativas e Complementares	
2009	População em Situação de Rua	Consultório de Rua
2011	Alimentação e Nutrição	Plano Brasil Sem Miséria

Elaboração própria.

Ao olhar para o conjunto das políticas é possível fazer algumas inferências sobre suas implicações sobre a FTS (Quadro 1). Algumas merecem destaque por terem sido disparadoras de programas estruturantes e outras por terem sido geradas a partir de outras políticas de governo. Um bom exemplo é a humanização, que foi institucionalizada, conformando o HumanizaSUS, que primava por produzir movimentos no SUS, fomentando mudanças na atenção e na gestão, com o envolvimento dos sujeitos para pensar o cotidiano das práticas de saúde na perspectiva da reorientação do modelo de atenção, sensibilização dos profissionais, acolhimento, clínica ampliada, preconizando a cogestão como método e dispositivo para produzir novos modos de gerir e cuidar (MARTINS e LUZIO, 2017).

Outro destaque foi o avanço da saúde mental, que representou um campo fértil para as equipes multiprofissionais, na medida em que instituiu dispositivos de atendimento que carecem da incorporação de diversas profissões de saúde para o desenvolvimento de suas atividades e operacionalização da política. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem no cuidado multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e intersetorial uma de suas principais diretrizes (ASSIS et al., 2014). A RAPS é constituída pelos componentes da atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013). Cada componente possui pontos de atenção específicos, com peculiaridades e necessidades de intervenção que também representam um vasto campo de atuação para a FTS.

Também a saúde indígena sofreu profundas transformações na organização do cuidado, com a instituição dos Núcleos de Atenção à Saúde Indígena, que devem ser compostos Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena, definida de acordo com parâmetros como: situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, devendo atuar de forma articulada e integrada, aos demais serviços do SUS, com clientela adscrita e território estabelecidos (BRASIL, 2007).

A Urgência e Emergência, com a formulação e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), composto pelas equipes de suporte básico, suporte avançado e centrais reguladoras, requerem além de um conjunto de ambulâncias e equipamentos adequados, uma equipe multiprofissional com profissionais qualificados

para o atendimento às urgências, especificando as categorias que devem fazer parte de sua composição, que deve contar inclusive com profissionais não exclusivos da saúde (MACHADO et al., 2011).

A Atenção Básica ganhou destaque como ordenadora do cuidado absorveu toda a diversidade da composição da FTS, com a previsão não só de equipes mínimas compostas por enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF), como também avançou em relação às demais categorias da saúde com a previsão de composição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que consolidou a importância dos saberes interdisciplinares para o aumento da resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2008).

E a saúde bucal por meio do Programa Brasil Sorridente sofreu profundas transformações ao se institucionalizar como política, passando de uma posição inexpressiva para alta centralidade no governo federal (GUERRA, 2019). O estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas e a incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico (SCARPARO, 2015), bem como de oportunidades de trabalho, com a absorção pelo SUS dos cirurgiões dentistas que num passado recente atuavam majoritariamente no setor privado.

A assistência farmacêutica ganhou destaque com o Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 2004, com base nas diretrizes da política e resultou na ampliação do acesso da população a medicamentos essenciais e do mercado de trabalho dos farmacêuticos, com a possibilidade de atuação nas farmácias populares e na implementação dos serviços farmacêuticos na atenção básica (ALENCAR et al., 2018).

A Rede Cegonha foi um importante dispositivo para a saúde da criança e da mulher, em que pesem seus limites em um contexto ampliado de análise crítica sobre a pluralidade da categoria mulher e da prática obstétrica brasileira, sua institucionalização à luz da humanização e do cuidado via equipe multiprofissional mais uma vez reiterou o papel relevante da atuação interdisciplinar, representando um importante avanço neste campo (CARNEIRO, 2013).

A institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde assim como das Plantas Medicinais e Fitoterápicos incorporaram novos saberes, profissionais e práticas que ampliaram as possibilidades terapêuticas em sua dimensão holística, produzindo impactos significativos na vinculação com a comunidade nas estratégias de produção do cuidado. Foi uma importante conquista para o fortalecimento da

integralidade, da interdisciplinaridade, do autocuidado, da percepção de si e do outro, do uso racional e sustentável da biodiversidade (CAVALCANTI, 2014).

E de forma mais abrangente observou-se a influência das diretrizes de governo empreendidas pelo Plano Brasil Sem Miséria em 2011, que serviu de cenário para a Política de Alimentação e Nutrição, que ganhou destaque e papel estratégico, beneficiando-se dessa janela de oportunidades. Pela centralidade do discurso do combate à fome e à miséria, a pauta ganhou destaque e provocou o desenvolvimento de outras políticas públicas e programas como Fome Zero, Programa Bolsa Família, Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, Programa de Aquisição de Alimentos, Programa Nacional de Alimentação Escolar, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (VASCONCELOS, 2019). Tudo isso fortaleceu o campo de práticas dos nutricionistas, dentro e fora do setor saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL:**

Analisar os aspectos históricos e políticos da conformação da Força de Trabalho em Saúde no Brasil bem como seus avanços e desafios nos anos 2000, considerando-se a necessidade de profissionais nas regiões de saúde.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Analisar as políticas de saúde dos anos 2000 e suas possíveis contribuições na conformação e tendências para as profissões de saúde;
- Analisar o incremento da força de trabalho em saúde nas regiões de saúde no Brasil segundo censo 2000 e 2010;
- Analisar a tendência de distribuição de profissionais de saúde no Brasil, com base nas macrorregiões.

#### 4. MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório do tipo misto. Utilizamos três estratégias metodológicas que, combinadas, nos permitiram reunir elementos para a construção da análise deste estudo, quais sejam: revisão bibliográfica do tema no debate nacional e sua interface com o debate internacional, análise de documentos e análise de dados secundários provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>1</sup> e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), acessadas através do Programa de Disseminação de Estatísticas do Trabalho (PDET).

Considerando que o último censo disponível é o de 2010 e visando a continuidade e atualização do estudo, utilizou-se os dados da RAIS Ano-base 2016, por ser o mais recente na ocasião da coleta de dados deste estudo, estabelecendo o recorte de 5 anos 2012-2016 para as análises. A escolha pela RAIS deu-se pela sua semelhança com os dados do censo, já que ambos apresentam o estoque de profissionais de saúde nas regiões e potencialmente disponíveis para atuação no SUS nos territórios, embora não necessariamente vinculados à saúde.

Enquanto a análise do censo abrangeu 9 (nove) profissões de saúde, a segunda análise com base na RAIS restringiu o recorte para as 3 (três) categorias profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família.

Por conseguinte, o recorte de análise das normativas foi restrito às publicações dos anos 2000, seguindo a tendência dos dados secundários estudados.

A pesquisa qualitativa para Minayo (2008:22) compreende um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes e pondera que “*a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador*”.

E mais especificamente no campo da análise de documentos, Appolinário (2009:27) destaca que “*normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente as categorias encontradas são analisadas face a uma teoria específica*”.

---

<sup>1</sup> A matriz do banco de dados utilizada no estudo, foi conformada por Herton Ellery Araújo, no contexto da pesquisa intitulada “Uma discussão sobre os fatores que influenciam as decisões locais de profissionais de saúde” sobre migração de profissionais de saúde no Brasil, fruto da cooperação do Ministério da Saúde/SGTES com o ObservaRH/Nesp/UnB, (2014). A partir da matriz, os dados foram reagregados, permitindo a análise aqui proposta.

Buscou-se a compreensão dos sentidos na abordagem hermenêutico-dialética que, de acordo com Minayo, *"não devem ser "encurtadas" através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação"* (MINAYO, 1992:219). Nesse sentido considera-se que *"enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura do sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade do sentido"* (MINAYO, 1992:227).

Ressalte-se que embora a categoria da enfermagem seja composta por vários níveis de formação, como atendentes, auxiliares e técnicos, neste estudo ao nos referirmos à enfermagem/enfermeiro(a) restringimos a análise ao profissional de nível superior em função da delimitação deste estudo sobre as categorias profissionais de saúde de nível superior.

A seguir apresenta-se o detalhamento da metodologia utilizada em cada um dos artigos:

**Artigo 1:** Trata-se de um estudo descritivo, contemplando o número de profissionais de nove categorias de saúde em todo o Brasil, a saber: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, medicina veterinária e serviços sociais. Os dados foram obtidos por local de trabalho com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos censos de 2000 e 2010. Optou-se por analisar essas nove profissões, pois estas eram as que tinham informações dos dois anos censitários, permitindo a comparação que pretendíamos.

O IBGE é o principal provedor de dados e informações para o país e é responsável pelos censos populacionais, que ocorrem a cada 10 anos. O último censo ocorreu em 2010, fornecendo uma importante fonte de dados sobre a população e suas características. Embora haja um intervalo de tempo desde o último censo, a análise de seus dados ainda é relevante. Reconhecemos que algumas novas tendências podem ter surgido desde então, e isso será abordado na discussão.

A partir dos dados municipais gerados pelo censo, o software estatístico R® foi utilizado para agregar informações de acordo com a região de saúde, totalizando 437 regiões, conforme definido pela Comissão Interministerial Regional (CIR) em

10/06/2014. A CIR é responsável por estabelecer diretrizes gerais sobre regiões de saúde, integração de fronteiras geográficas, serviços de referência e contrarreferência e outros aspectos ligados à integração de serviços de saúde e ações entre as entidades federais. As regiões de saúde foram criadas para facilitar a organização do território em termos de desenvolvimento e gestão da saúde.

Para obter o aumento de profissionais existentes nas regiões, calculamos a relação entre a diferença de profissionais de saúde considerando os censos e o número de profissionais em 2000. Assim, utilizamos a fórmula:

$$\text{Incremento} = \left( \frac{\text{Profissionais 2010} - \text{Profissionais 2000}}{\text{Profissionais 2000}} \right) \times 100$$

O cálculo foi realizado por categoria profissional e incremento total. Para o incremento médio das regiões, calculamos o incremento de cada região brasileira e, em seguida, calculamos a média aritmética para cada profissão. Para o cálculo do incremento por 1.000 habitantes, utilizou-se o incremento por profissão dividido pela população medida no censo de 2010.

Três grandes categorias foram consideradas para análise: (i) mudança negativa - quando a região de saúde apresentou em 2010 menos profissional do que em 2000, foi classificada como um incremento de -99 a -10% ou, no pior cenário, -100% , onde houve perda de todos os profissionais da área; (ii) sem incremento - quando o número de profissionais é o mesmo em ambos os anos, sendo considerado o intervalo entre -5 a 5%; (iii) mudança positiva - quando o número de profissionais aumentou no ano de 2010 em relação ao ano 2000.

Devido à assimetria da distribuição de incrementos por região, quando analisamos todos os dados, optamos por relatar o aumento médio como os principais resultados. Ambos os aumentos médios e medianos serão mostrados, no entanto. Essa heterogeneidade também afetará nossa interpretação dos resultados.

Vale ressaltar que os dados obtidos no censo retratam a quantidade de profissionais que moram em cada cidade, não apenas aqueles que trabalham em saúde. Dessa forma, esse número representa o número total de profissionais em potencial presentes naquele território.

**Artigo 2:** Trata-se de estudo qualitativo. Foi feita análise documental, mais precisamente das Portarias de Consolidação (PRC), que visavam sistematizar e categorizar as normativas da saúde. Foram ao todo selecionadas 48 normativas, que foram organizadas em três grandes áreas: Políticas de Saúde; Políticas de Organização da Atenção em Saúde e Políticas de organização do SUS. Estas foram, posteriormente, classificadas em sete eixos, quais sejam: Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde; Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais; Políticas de Promoção da Equidade em Saúde; Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde; Políticas de Atenção a Agravos Específicos; Políticas de organização do Sistema Único de Saúde (Quadro 1).

Foi realizada análise de conteúdo das normativas, tendo como referência as dimensões abaixo mencionadas visando melhor compreensão do enunciado e intencionalidade das políticas. As cinco dimensões utilizadas para descrever o trabalhador propriamente dito foram: força de trabalho, recursos humanos, equipe, profissionais, multidisciplinar/multiprofissional. As dimensões foram empregadas de forma que fossem complementares entre si, para possibilitar a identificação do componente ligado ao trabalho em saúde, independentemente das diferenças presentes na redação dos documentos.

1. Integral ou integralidade: foram identificados os termos relacionados para compreensão do “olhar” ou ponto de partida conceitual do documento, já que ao considerar a atenção integral, saúde integral, cuidado integral e integralidade imprime-se complexidades na produção da saúde.
2. Humaniza: considerou-se humanização, cuidado humanizado, atenção humanizada. Como princípio a humanização confere um aprofundamento das relações que se estabelecem no cuidado em saúde, demandando inclusive o aperfeiçoamento das práticas tradicionais de saúde.
3. Força de Trabalho: Considerou-se a nomenclatura para definir a atuação profissional.
4. Formação/capacitação: Dispositivos voltados para o aperfeiçoamento e qualificação do trabalho em saúde.
5. Recursos Humanos: Outra possibilidade de identificação da atuação profissional.
6. Financiamento: Ou recursos financeiros. Esta dimensão permitiu identificar se o texto trazia formas de operacionalização do ponto de vista de seu custeio,

inclusive em alguns casos com previsão de credenciamento, outra forma de garantia de recurso.

7. Multidisciplinar/multiprofissional: Característica de composição que considera as diferentes formações em saúde.
8. Equipe: Considerou-se a utilização do termo para apontar mais de uma categoria profissional envolvida no processo de trabalho.
9. Profissionais: Em geral utilizou-se termo ‘profissionais de saúde’, que mais uma vez apontava para a multiplicidade de saberes envolvidos no cuidado.

**Artigo 3:** A partir da Portaria GM/MS nº 576, de 19 de setembro de 2011, que estabelece a identificação e composição das equipes da ESF com saúde bucal, definiu-se a população para o estudo dos vínculos: médicos, enfermeiros e dentistas, que compõem as equipes de atenção básica.

Para analisar a tendência na distribuição e concentração desses profissionais, a nível nacional, o período definido para o levantamento de dados foi 2012 a 2016. O ano de 2016 foi escolhido para as mesmas análises de distribuição desses profissionais nas 5 macrorregiões brasileiras.

Os dados sobre os vínculos formais desses profissionais foram extraídos da RAIS, Relação Anual de Informações Sociais, que é um Registro Administrativo, de periodicidade anual, criada com a finalidade de suprir as necessidades de controle, de estatísticas e de informações às entidades governamentais da área social, para o acompanhamento e a caracterização do mercado de trabalho formal. As bases de dados da RAIS foram acessadas através do Programa de Disseminação de Estatísticas do Trabalho (PDET), no site: <http://pdet.mte.gov.br/>.

Para esse estudo, optou-se pela não utilização do Indicador RAIS Negativa (sem vínculos declarados) e da variável ignorados nas diversas desagregações. Para a descrição da distribuição de vínculos ativos, a nível nacional e por macrorregião, foram consideradas as seguintes variáveis, categorias e níveis de desagregação na correlação dos dados: geográfico (Brasil e Unidades Federativas, cujos dados foram utilizados para a composição das 5 macrorregiões geográficas), CBO Ocupação 2002 (médico clínico, médico generalista, médico pediatra, médico ginecologista e obstetra, enfermeiro e cirurgião dentista – clínico geral), tipo de vínculo, natureza jurídica do provimento, faixa de horas contratuais e motivos de desligamento do vínculo. Destaque-se que de acordo

com a Portaria 576/2011 na categoria médica são aceitos as 5 CBO acima descritos para composição das equipes.

Com esse estudo, buscou-se compreender como se deu a distribuição, nos períodos estudados, de profissionais estratégicos para a organização da assistência na atenção básica. Ressalte-se que a análise é referente aos profissionais formalmente registrados na RAIS e que, potencialmente, poderiam atuar na atenção básica.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 ARTIGO 1 – HEALTH WORKFORCE IN BRAZIL: A 10-YEAR ANALYSIS OF THE DISTRIBUTION OF NINE HEALTH PROFESSIONS – 2000 TO 2010<sup>2</sup>

Patrícia Ferrás Araújo da Silva  
Helena Eri Shimizu  
Maíra Catharina Ramos  
Mauro Niskier Sanchez

#### *Abstract*

In Brazil, primary health care counts with multidisciplinary teams, comprising doctors, nurses, dentists, nutritionists, psychologists, pharmacists, physiotherapists, social workers and veterinarians, working in a complementary way. The objective of this study was to analyze the increase of these nine health professions from the censuses of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) for 2000 and 2010, identifying the panorama of the Work Force in health in all health regions in Brazil. There was an increase in the numbers of all professions in the period, especially induced by public policies. However, there are still problems, especially with doctors and dentists, due to uncovered areas such as remote and rural regions with difficult access. We underscore the importance of conducting health education, training and allocation of professionals, based on the needs of the health sector in Brazil for the provision of the labor force in areas with some degree of vulnerability.

Keywords: public health policies, human resources in health facilities, shortages, health professionals.

---

<sup>2</sup> Artigo submetido à revista Rural and Remote Health, em inglês.

## *Introduction*

The effort to obtain a system of high quality healthcare is directly related with the health workforce (HWF) [1]. However, it is estimated that there is a shortage of more than 12 million health workers worldwide [2]. In developed and developing countries, the inequality of distribution of health workers is greater in rural areas, in the periphery of big cities and in places of economic, social and geographical vulnerability [3].

Among institutions and organizations that are dedicated to research in this field, international agencies have been studying the issue of health workforce (HWF), pointing to international cooperation as a powerful strategy for dealing with the problem, by using technical cooperation among countries [2].

In Brazil, the distribution of HWF is a challenge due to its continental dimensions, with local realities being extremely diverse, requiring a careful analysis of each territory. Remote areas of difficult access are of special concern, as they present additional difficulties for the provision of proper HWF.

The Brazilian public health system underwent profound changes with the Constitution of 1988 and the institution of the Unified Health System (SUS), as can be seen in table 1. All these events represented an advance in the way health care is perceived and organized within the system and the network of services [4,5]

In Brazil, regionalization has been a bet for optimization of resources for coping with inequalities, although the health regions require careful analysis due to their heterogeneity, with the study of its variables that go beyond the health sector. [6]. The international experience on decentralization is a reality which has several layouts, with variations in each particular system [6].

For the implementation of SUS, in any of its dimensions or level of attention, HWF is a paramount factor. The imbalances in the composition of health teams and their distribution complicate the current problems of health provision, which reinforces the strategic importance of this field. The needs for human resources for health systems vary from place to place and also by time period, and are directly affected by various factors such as new models of care, introduction of new technologies and even changing of the epidemiological profile [7].

The distribution of the HWF in SUS has been presented as a serious problem, a reality which has been regulated by market rules, guided by individual, competitive and corporate interests, , and often has resulted in precariousness, devaluation and invisibility of health workers. In addition, the shortage of health workforce (HWF) is still

characterized by shortage of professionals, an inappropriate mix of skills and an unequal distribution of professionals [1].

Although the planning of HWF allocation has been a constant theme in the years 2000, gathering agencies and international events, with the launch of important political and regulatory frameworks [2] (among which we can highlight the creation of the Secretariat for the management of Work and Health Education of the Ministry of Health in 2003 and the Basic Operational Norm of Human Resources for the SUS (NOB/RH-SUS), we can notice the coexistence of newly developed strategies such as new forms of hiring, types of bond and mechanisms for remuneration, and old situations. The latter were still leading to deficiency of qualified personnel, unequal distribution of the labor force in the country and imbalance between supply and demand of public services, identified since the years 1970 [8].

The Brazilian health system presupposes the composition of multidisciplinary teams for operationalization of SUS, especially for the strengthening of primary care. In 1998, ten years after the implementation of the SUS, Brazil has recognized fourteen health professions as higher level degrees, which are: Social Workers, Biologists, Biomedical, Physical Education Professionals, Nurses, Pharmacists, Physiotherapists, Speech Therapists, Medical Doctors, Veterinarians, Nutritionists, Dentists, Psychologists and Occupational Therapists [9].

The health policies in the years 2000 reinforced the importance of these fourteen health professions, which generally were included in the composition of multidisciplinary teams as stated in the regulatory framework.

In the context of primary care, the Family Health Strategy (FHS) had a great role in expanding health coverage [2], with a multidisciplinary design and attention given to the territory covered by each team. This approach shifted the focus from the financial incentive from the federal government for the deployment of these teams to a local needs assessment perspective. Doctor, nurse and dentist surgeon make up the minimum FHS team, while Social Worker, Professional of Physical Education, Pharmacist, Physiotherapist, Speech Therapist, Nutritionist, Psychologist, Occupational Therapist and Veterinarian can compose the Family Health Support Centers (NASF) [10]. With the exception of biologists, all other health professions were considered within the scope of the Primary Care policy.

However, there were still barriers, especially in the provision of medical professionals in primary care, since there was much more financial appeal from the

market for specialists, while primary care was relegated to second place, especially in remote areas which were distant from large centers.

The scenario observed in 2000 and 2010 gives us a panorama of the changing distribution by health regions, showing the potential of these professionals to work in the SUS, in line with the concept of regionalization, which may lead to resource optimization. It is expected that this process will have expanded access for the population, reducing regional inequalities.

Therefore, the objective of this study was to analyze the change in the number of professionals of nine health categories in Brazil in the study period, revealing how policies were translated into actual provision of services to the population.

### *Method*

This is a descriptive study, looking at the number of professionals of nine categories of health throughout Brazil, namely: medicine, nursing, dentistry, pharmacy, physical therapy, nutrition, psychology, veterinary medicine and social services. Data was obtained by place of work with information from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), in the Censuses of 2000 and 2010. We chose to analyze these nine professions because these were the ones with information from both census years, allowing for the comparison we aimed for.

The IBGE is the main provider of data and information for the country and is responsible for the population censuses, which happen every 10 years. The last census took place in 2010, providing an important source of data regarding the population and its characteristics. [11]. Although there is a time gap since the last census, the analysis from its data is still relevant. We do acknowledge that some new trends may have emerged since then, and this will be addressed in the discussion.

From the municipal data generated by the census, the statistical software R® was used to aggregate information according to health region, totaling 437 regions, as defined by the Regional Intermanagerial Commission (CIR in Portuguese) in 06/10/2014 [12]. CIR is responsible for establishing general guidelines about health regions, integration of geographic boundaries, reference and counter reference services and other aspects linked to the integration of health services and actions between the federal entities. Health regions were created to facilitate organization of the territory in terms of development and management of health.

To obtain the increase of existing professionals in the regions, we calculated the ratio between the difference in health professionals considering the censuses and the number of professionals in 2000. Thus, we used the formula:

$$\text{Increment} = \left( \frac{\text{Professionals}_{2010} - \text{Professionals}_{2000}}{\text{Professionals}_{2000}} \right) \times 100$$

The calculation was performed by professional category and total increment. For the mean increment of the regions, we calculated the increment of each Brazilian region, and subsequently calculated the arithmetic mean for each profession. For the calculation of the increment per 1,000 inhabitants, we used the increment by profession divided by the population measured in the 2010 census.

Three broad categories were considered for analysis: (i) negative change - when the health region presented in 2010 less professional than in 2000, was classified as an increment of -99 to -10% or, in a worst case scenario, -100%, where there has been a loss of all professionals in the area ; (ii) no increment - when the number of professionals is the same in both years, being considered the range between -5 to 5%; (iii) positive change - when the number of professionals has increased in the year 2010 compared to the year 2000.

Due to the asymmetry of the distribution of increments per region when looking at all the data, we chose to report median increase as the main results. Both mean and median increases will be shown, though. This heterogeneity will also affect our interpretation of the findings.

It is noteworthy that the data obtained from the census portrays the amount of professionals living in each city, not only those who work in health. In this way, this figure represents the total number of potential professionals present in that territory. According to Resolution no. 510/2016 of the Brazilian Ethics Committee, there is a waiver of ethics committee approval for this work because it used public domain data that does not identify research participants.

### *Results*

In absolute numbers, the nurses were the category with greater increase between the years of 2000 and 2010, and the same finding applies to the mean increment of all regions and the increment per 1,000 inhabitants.

The map in Figure 1 illustrates the total increase of the nine professions (medicine, nursing, dentistry, pharmacy, physical therapy, nutrition, psychology,

veterinary medicine and social work), demonstrating that it was positive throughout the country, with a median increase of 168% for all professions evaluated (Figure 1).

We can observe that some health regions have increased by more than 1000%. It should be emphasized that these cases were more frequent in the North and Northeast of Brazil, regions that suffer the most with the lack of professionals and with the issue of maintaining staff there once deployed – there is a high turnover rate in these areas.

When analyzed by professional category, inequalities in the distribution of professionals in the Brazilian territory can be noted. The increment of professions that compose the Family Health Strategy (FHS) teams - medical, nursing and dentistry – is presented in Figure 2. Despite the overall positive increment, particularly nurses, there are regions that have lost or who had not increased these staff in the study period.

Looking at the medical category, the regions that have lost professionals are concentrated in the center north part of the country, with three health regions in the North and Northeast losing 100% of physicians in the period. The median increment of doctors was 67%, though.

The nurses, on the other hand, obtained a large increase in good part of Brazil. Few were the health regions that showed negative change. The category presented a median increment of 734%.

Similar to the scenario of doctors, dentists also showed negative growth in the center north of the country, with few health regions of southern Brazil with fewer dentists in 2010 than in 2000. The median increase was 71%.

The increment of other professions - psychologists, nutritionists, physical therapists, pharmacists, veterinarians and social assistants - is shown in Figure 3. With the exception of the category of social workers, who showed uniformity in the results, the professions have heterogeneous results.

The psychologists showed significant increase over these ten years. The regions of greater proportional increase was concentrated mainly in the northern part of the country (increase of 900%). However, it is important to note that in this same region we found the greater number of regions with negative change, i.e. who lost psychologists if compared with 2000. The median increment of class was 238%.

The center north of the country also showed significant loss of nutritionists. However, we observed higher capillarity in health regions with an increment greater than 900%. Nutritionists had a median increase of 181%.

Regarding physiotherapists, the greatest emphasis goes to the negative growth in the northern region of the country. The states of Amazonas and Pará presented the greatest losses in proportion when compared to 2000 for the category. The median increase was 265%.

Although some health regions have increased more than 900%, the pharmacy professionals presented negative increment in higher concentration in the North and Northeast of Brazil. The South and Southeast regions presented a homogeneous increase, already expected by the industrial health complex in those locations. Pharmacists showed a median increase of 167%.

Veterinarians also presented a negative growth in many regions of Brazil. North and Northeast, once more, concentrate more health regions with changing -100% or -99 to -1% (negative growth). The Midwest also appears with some regions which lost these professionals in the study period. The median increase was 129%.

The only professional class that differs from the others are the social workers. In general, there was a homogenous increase throughout Brazil, with only a few distinct regions showing losses. The median increment of social workers was 148%.

### *Discussion*

There was an overall increase in all professions in the period. We can list the increase by category from largest to smallest increment: nurse, physical therapist, psychologist, nutritionist, pharmacist, social worker, veterinary, dentists and medical doctors.

The increase of Brazilian professionals is related to multiple factors. During the years 2000 and 2010 there was a growth from 1,343 teaching institutions in the year 2000 to 4,870 in 2010, with a significant expansion of courses in the north and northeast regions. This happened despite the greater concentration of vacancies for training and employment in the southeast region. As a comparison, in 2010 the United States formed 205,335 health professionals, a significant growth of 281% in relation to the year 2000 (53,904 professionals) [13].

Brazil has adopted health policies that targeted a series of health professions that, before they were relegated to a less important role, took a leading part in the operationalization of the policy, with provision and deployment established in law, as was the case of the Family Health Strategy, which added nurses and dentists to health teams. We can also cite the National Oral Health Policy, which reorganized the primary attention

in oral health, as well as the creation of the Single System of Social Assistance (SUAS). The latter, although not only addressing the health area, had direct implications for the scenario we are evaluating, with the hiring of social assistants and psychologists to provide care for the population [14].

Recent studies corroborate the results obtained through the census using data from the National Register of Health Establishments in 2014 and also demonstrate the increase in all regions of the new professional categories that can compose the NASF teams, proving the impact of policies on conformation of HWF, especially in the expansion of Primary Care, with the diversification of teams, historically focused on doctors and nurses [15,16].

In addition, Brazil has invested in interventions that targeted the migration of health professionals. One of the most important initiatives was the Program of Valuation of Basic Care Professionals (PROVAB) which provided educational incentives to participants [17]. Although a large part of participants are doctors, PROVAB also encouraged other health professionals to obtain the title of specialist, granting subsidies for post-graduate programs [17].

The expansion of supply and access to higher education, the expansion of distance education and new possibilities in the labor market have contributed to a significant increase in the availability of health professionals. However, the benefits that could come from these events were not observed homogeneously throughout the country. As we observed, areas of vulnerability suffered with the loss of professionals between the years 2000 and 2010, especially in the north and Northeast regions of Brazil.

Such a framework of professional scarcity is not recent in the Brazilian scenario. Since 1970 the country suffers distortions in the geographical distribution of health professionals. For the medical category, one of the most criticized, Brazil presented 80% of doctors in the Southeast and South regions, 17% in the Northeast region and only 1% of doctors were in the Northern region during the years 1970 [18]. In a study conducted in 2018, more than 40 years later, it is still possible to see the discrepancy in medical allocation: South and Southeast accounted for 69.22% of registered and accredited doctors, while the Northeast region had 17.85% and the North 4.62% [19].

The inequality in the distribution of health professionals is not only a Brazilian problem. The literature points to several studies in which countries had some degree of difficulty in the allocation of HWF in remote and vulnerable areas [20-24]. In a study conducted in India, a country also with a large territorial extension, the government of

Chhattisgarh has launched the Chhattisgarh Rural Medical Corps (CRMC) program, to deal with the acute shortage of professionals in remote and difficult to access areas. The program allowed for provisions as financial incentives, residential accommodation, life insurance and extra incentives during admission at postgraduate level (GP). The main goal was to provide doctors, nurses, nursing assistants and rural workers to deprived areas [21].

In a study conducted in Bangladesh, strategies for retention of health professionals were evaluated, by means of policies such as reinforcement of training and reservation of quotas for candidates residing in the district of location of the educational unit. In addition, as well as the Brazilian case, the government has issued various policies and programs that encouraged the uptake of jobs in rural areas [20]. This study also showed that Bangladesh requires that every physician who has been newly recruited by the military service is obliged to serve for at least two years in rural and vulnerable areas. This service is a pre-requisite for post-graduation in medicine. In addition, the government offers additional funds for doctors and nurses who choose to work in rural areas [20].

In Kenya, a study has evaluated the factors that influence the motivation of primary care professionals to remain in areas of vulnerability [22]. It was identified that the inadequate access to electricity, equipment, transport, housing and physical state of the health care unit are the factors that influence negatively on the retention of professionals in rural health units, while the health benefits and salary were classified as important positive factors.

In a similar study conducted in Brazil, six factors that influence the permanence in a health unit were identified: remuneration, work rapport, working conditions, occupational factors, local factors and personal factors [25]. There was emphasis on the remuneration factor for permanence in a locality, in addition to not having delays in receiving salary, housing subsidy, food and transportation incentives. The category of work condition was identified as a factor that can negatively affect professional retention, being affected by the infrastructure, availability of equipment and materials. Access to exams, availability of medicines, and possibility of reference for experts and flexibility in working hours were also cited as important factors. Similarly, the category of local characteristics may also have a negative influence on the decision to stay at the place of work. Economic development of the city and its location can also interfere in this choice. Conditions of access, distance and infrastructure of the municipality, as well as leisure

opportunities, quality education for the children and the possibility of employment for the spouse are factors that weigh on the choice of the place of work [25].

These findings corroborate with a study of systematic reviews which indicates that only financial incentives do not improve professional retention in remote areas, and it is necessary to consider personal, professional and social factors [24]. Among the identified factors, we highlight opportunities of employment and education for the family, closeness of family and friends, opportunities for professional advancement, networks of professional support, professional autonomy, the maintenance of clinical skills, the recognition of peers, the availability of resources, hospital infrastructure, feeling connected with the community, working in a family environment and having access to social networks. [26].

The Brazilian government has sought other alternatives to allocate the HWF in areas of social vulnerability, associating training components to the allocation policies. The most recent, started in 2013, was the More Doctors Program, highlighting the greater role of the Ministry of Health in primary care, performing direct recruitment, distribution, remuneration and training of doctors, besides promoting the reorientation of medical training in the logic of the interiorization of courses for a more equitable distribution among the regions of Brazil [27].

This program presented relevant results in remote areas and difficult access, involving foreign doctors, in particular by a technical cooperation with Cuba, in primary health care [1, 8-11]. In 2003 Venezuela, also in cooperation with Cuba, has strengthened its primary care system, expanding the coverage and the development of teams formed by doctors, nurses, dentists and other professionals [11], similar to the model of the FHS. It should be noted that the health policies have played an important role in encouraging the consolidation of multidisciplinary teams to institutionalize strategies. These policies have provided financial support to their implementation, allowing for a proper composition of teams and infrastructure, as was the example of mental health [28], emergency care [29], oral health [30], basic attention [31], Family Support Centers [32] and organization of the Health Care Network [33].

However, the efforts were not sufficient to compensate for the inequality in distribution among territories, which requires measures for the proper allocation and retention of professionals. In addition to the medical assistance, the integrated work among health categories and among different sectors, as well as a novel model for

management and care can bring the possibility for an amplified reach of each clinic and for effective health promotion [27].

As for the limitations of the study, we acknowledge that the study design does not allow us to address the issue of high turnover of professionals in the field. Another issue is that the data refers to the total number of professionals in their localities, only allowing us to infer about the potential for acting in the health system in that territory. Lastly, it is possible that the changes have occurred since 2010, as this was the date the last census took place. These changes should be analyzed when the new census data become available. This will certainly complement our findings, as they will be able to confirm if the country continued with the same model regarding distribution of the HWF, or if new patterns emerged.

### *Conclusion*

During the study period there was an increase in all professions, but problems remain, especially with doctors and dentists, despite an absolute increase in their numbers, due to their heterogeneous distribution, resulting in deficits in remote, rural and hard to reach territories.

Despite all the efforts that were outlined, many regions lost health professionals in the study period, which indicates the need of developing strategies not only for the retention of professionals, but also to strengthen primary care – which needs multidisciplinary teams to be effective.

It is important to stress the importance of planning for service provision and training in health in Brazil, which today is still heavily regulated by the market, producing devastating effects, such as the lack of a balanced distribution of health professionals in the Brazilian territory.

The implementation and strengthening of a public, universal and good quality Unified Health System (SUS), is still a challenge in a country with continental dimensions like Brazil. Inequalities sometimes constitute barriers to both access and provision of services. In spite of the obvious need for organization at regional level, there are still many challenges to overcome health inequalities, in particular with regard to the providing and retaining health professionals in locations which are distant from large centers, in small-sized municipalities and in areas considered remote or difficult to access, which is the case of a large part of the Brazilian territory.

## References

- [1] Dal Poz MR, Sepulveda HR, Costa Couto MH, Godue C, Padilla M, Cameron R, et al. Assessment of human resources for health program implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Human Resources for Health* 2015;13(1):24.
- [2] Portela GZ, Fehn AC, Ungerer RLS, Poz MRD. Human resources in health: global crisis and international cooperation. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017;22:2237-46.
- [3] EN da Silva, Ramos MC, Santos W, RASELLA D, Oliveira, Santos LMP. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Program more physicians in Brazil. *Pan American Journal of Public Health* 2018;42:e11.
- [4] Brazil. Federal Senate. The Federal Constitution of 1988. Brasilia: 1998. n.a.
- [5] Garcia ACP. Management of work and education in health: a historical reconstruction and politics. Thesis. University of the state of Rio de Janeiro, 2010.
- [6] Ribeiro JM, Moreira MR, Evans PM, Silva CMFP. Health policies and gaps entities in Brazil: an analysis of the regional capacity for provision of services. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017;22:1031-44.
- [7] Dal Poz MR. The crisis of the work force in health. *Cadernos de Saúde Pública* 2013;29:1924-6.
- [8] Carvalho MS, Sousa MF. As the United States has faced the theme providing doctors? *Interface - Communication, Health, Education* 2013;17:913-26. doi:10.1590/1807-57622013.0403.
- [9] Brazil. National Health Council. Resolution No. 287 of October 8, 1998. Official Gazette to the Union 1998; 9 out.
- [10] Brazil. Ministry of Health. National Policy of Basic Attention. Brasília: MS; 2012.
- [11] The Brazilian Institute of Geography and Statistics [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [cited 2018 April 17]. Demographic Census: what is it?. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e> n.a.
- [12] Brazil. Ministry of Health. Brasília: Ministry of Health [cited 2015 April 23]. Regionalisation. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1033-sgep-raiz/dai-raiz/cgci/cgci-11/14145-regionalizacao> n.a.
- [13] CR Pierantoni, France T, Magnago C, Birth DN, Miranda RG. Graduations in Health in Brazil: 2000-2010. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ObservaRH; 2012.

- [14] Silva RB, Almeida C OF GF. Antidialógica action in the Single System of Social Assistance (SUAS): reflections from Paulo Freire. *Interações (Campo Grande)* 2018;19:265-76.
- [15] Carvalho, MN et al. Needs and dynamics of the Primary Healthcare workforce in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, Jan. 2018.
- [16] Carvalho, MN et al. Expansion and diversification of university level workforce in Primary Health Care Units Brazil: 2008 – 2013. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, Jun. 2016.
- [17] De Andrade Araújo C Corner, Michelotti F, Souza Ramos TK. Governmental Programs of supply: profile and motivations of doctors who have migrated from the professional valorization program of Basic Care (Provab) for more physicians in 2016. *Interface - Communication, Health, Education* 2017;1:1217-28.
- [18] Oliveira CM, MM, Kansa S, Reis AC, Lima, Torres RMC, et al. Uruguay of the program for the enhancement of the training of Basic Care (PROVAB): challenges for the management of the work. *Ciência & Saúde Coletiva* 20 2015;20:2999-3010.
- [19] The scheffe M, Cassenote, Guilloux AGA, Biancarelli, Miotto BA, Mainardi GM. *Medical demography in Brazil 2018*. São Paulo: USP, CFM, Cremesp; 2018.
- [20] Rawal LB, Joarder T, Islam SMS, Uddin, Ahmed SM. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: policy analysis. *Human resources for health* 2015;13:36.
- [21] Lyse S, Nandi S, KANUNGO K Verma P, Mishra J, Mairembam D. Strategies for attraction and retention of health workers in remote and difficult-to-access areas of Chhattisgarh, India: Do they work? *Indian Journal of Public Health* 2015;59:189.
- [22] Olango Ojaka D, S, Jarvis J. Cultivares motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya. *Human resources for health* 2014;12.
- [23] Russell DJ, McGrail MR, Humphreys JS. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policymaking. *Australian Journal of Rural Health* 2017;25:5-14.
- [24] Kroezen M, Dussault G, Carnation I, Dieleman M, Jansen C, Buchan J, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy* 2015;119:1517-28. doi:10.1590/j.healthpol.2015.08.003.

- [25] Stralen ACSV, MASSOTE AW, Carvalho CL, Girardi SN. Perception of doctors on factors of attraction and fixation in remote areas and desassistidas: routes of scarcity. *Physis: Revista de Saúde Pública* 2017;27:147-72.
- [26] Mbemba GIC, Gagnon M-P, Hamelin-Brabant L. Factors Influencing Recruitment and Retention of Healthcare Workers in rural and remote areas in developed and Developing Countries: An Overview. *Journal of public health in Africa* 2016;7(2).
- [27] GW fields of S, Pereira Júnior N Primary Care and the program more doctors of the Sistema Único de Saúde: achievements and limits. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016;21:2655-63.
- [28] Brazil. Ministry of Health. Decree GM in 336, 19 February 2002. Features on the Centers for Psychosocial Care - CAPS, for public health care in mental health, that is, patients with severe and persistent mental disorders in its territorial area, under intensive treatment, semi-intensive and non-intensive. Brasilia: 2002.
- [29] Brazil. Ministry of Health. National Policy for emergency care. Brasília: Ministry of Health; 2003.
- [30] Brazil. Ministry of Health. Guidelines of the national oral health policy. Brasília: Ministry of Health; 2004.
- [31] Brazil. Ministry of Health. In the Decree 648 of 28 March 2006. Approves the National Policy of Basic Care, establishing the revision of guidelines and standards for the organization of Basic Care for the Family Health Program (FHP) Program and the Community Health Agents (PACS). Brasilia: 2006.
- [32] Brazil. Ministry of Health. In ordinance 154, 24 January 2008. Creates the Family Health Support Centers - Nasf. Guidelines for the deployment of the cores. Brasilia: 2008.
- [33] Brazil. Ministry of Health. In Decree 4,279, 30 December 2010. Lays down guidelines for the organization of the network of health care within the Unified Health System (SUS). Brasilia: 2010.

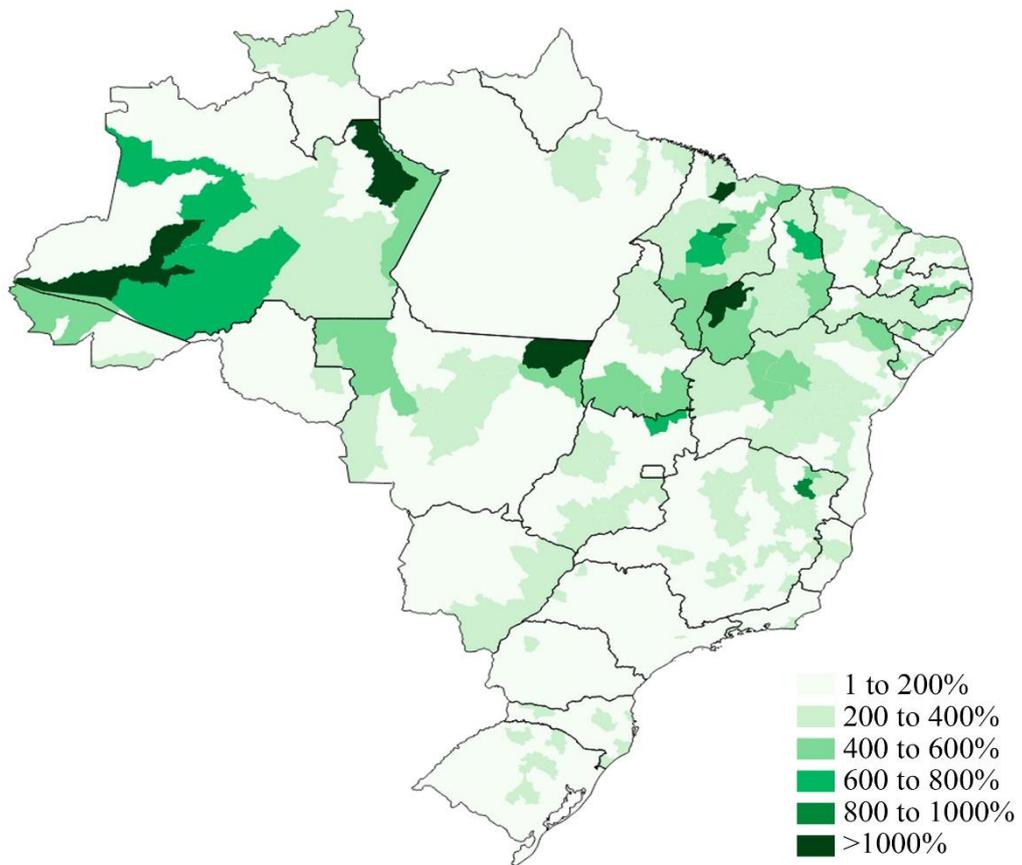
Tabela 1: Changes in the Brazilian Public Health System

<b>Brazilian Public Health System before 1988</b>	<b>Brazilian Public Health System after the 1988 Constitution</b>
Centralized at the federal level	Decentralization and regionalization, states and municipalities became protagonists in the management of subnational levels
Funded and organized by Social Security, caring only for taxpayers (people with formal jobs)	Independent of tax contribution, guaranteed through social and economic policies aimed at reducing the risk of disease - universal and equal access to services for all
Care to non-taxpayers was provided by charity and philanthropy	Health has come to be recognized as the right of all citizens and a duty of the State
The concept of health was centered on the absence of disease	Expanded concept of health, which considers its multiple dimensions and determinants
Hospital-centered model	Primary care takes on the responsibility of being the entry point of the system, from where all the network of services stem from
Medical-care logic, centered on the physician	Composition of multidisciplinary teams to make the system operational
Health care was the main principle	Perspective of integrality, comprising actions directed to the protection, promotion and recovery of health

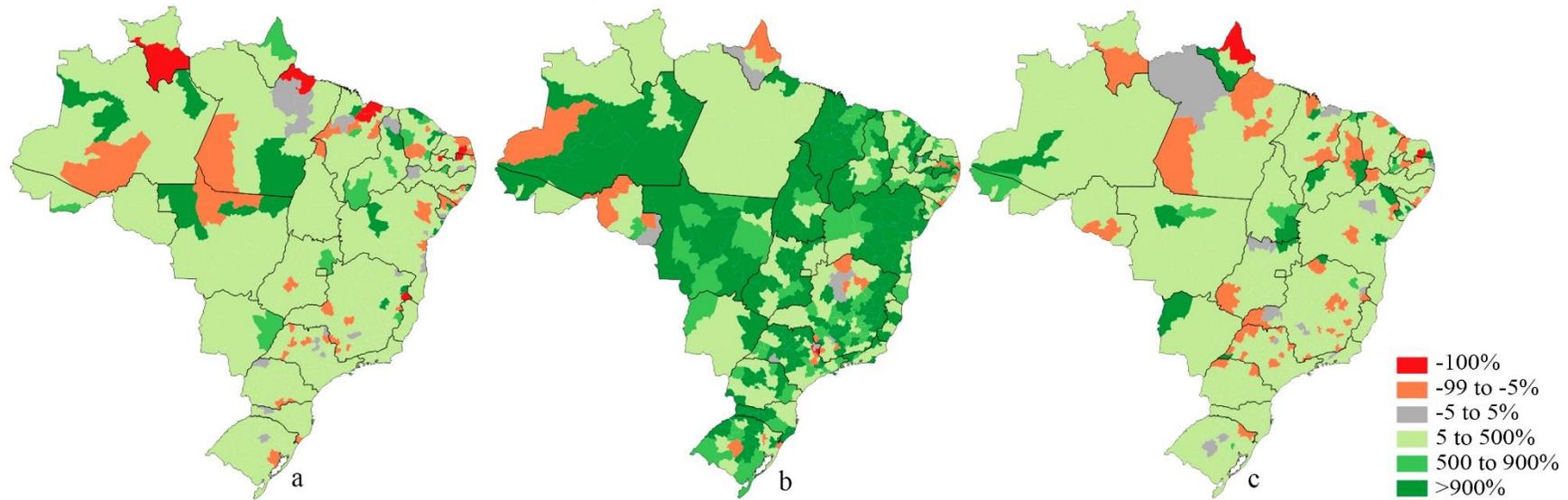
Tabela 2 Increase of nine health professions: absolute and percent increase, increase per 1,000 in habitants and per capita, mean and median increase per profession across all health regions. Brazil 2000 - 2010

	Number of professionals in 2000	Number of professionals in 2010	Absolute increase	% increase	Increase per 1,000 inhabitants	Per capita increase	Mean increase among all regions	Median increase among all regions
Doctor	198,170	318,933	120,763	60.94%	0.633	0.063%	246%	67%
Dentist	153,424	224,079	70,655	46.05%	0.370	0.037%	242%	71%
Nurse	54,126	283,839	229,713	424.40%	1.204	0.120%	2648%	734%
Veterinarian	21,073	48,137	27,064	128.43%	0.142	0.014%	463%	129%
Pharmacist	45,582	107,803	62,221	136.50%	0.326	0.033%	560%	167%
Physiotherapist	51,420	126,188	74,768	145.41%	0.392	0.039%	968%	265%
Nutritionist	26,871	55,071	28,200	104.95%	0.148	0.015%	924%	181%
Psychologist	62,195	138,818	76,623	123.20%	0.402	0.040%	758%	238%
Social Worker	83,049	147,155	64,106	77.19%	0.336	0.034%	653%	148%
Total	695,341	1,450,027	754,686	108.53%	3.956	0.396%	215%	168%

Figure 1: Increase of professionals of nine classes of health, Brazil, 2000 and 2010.



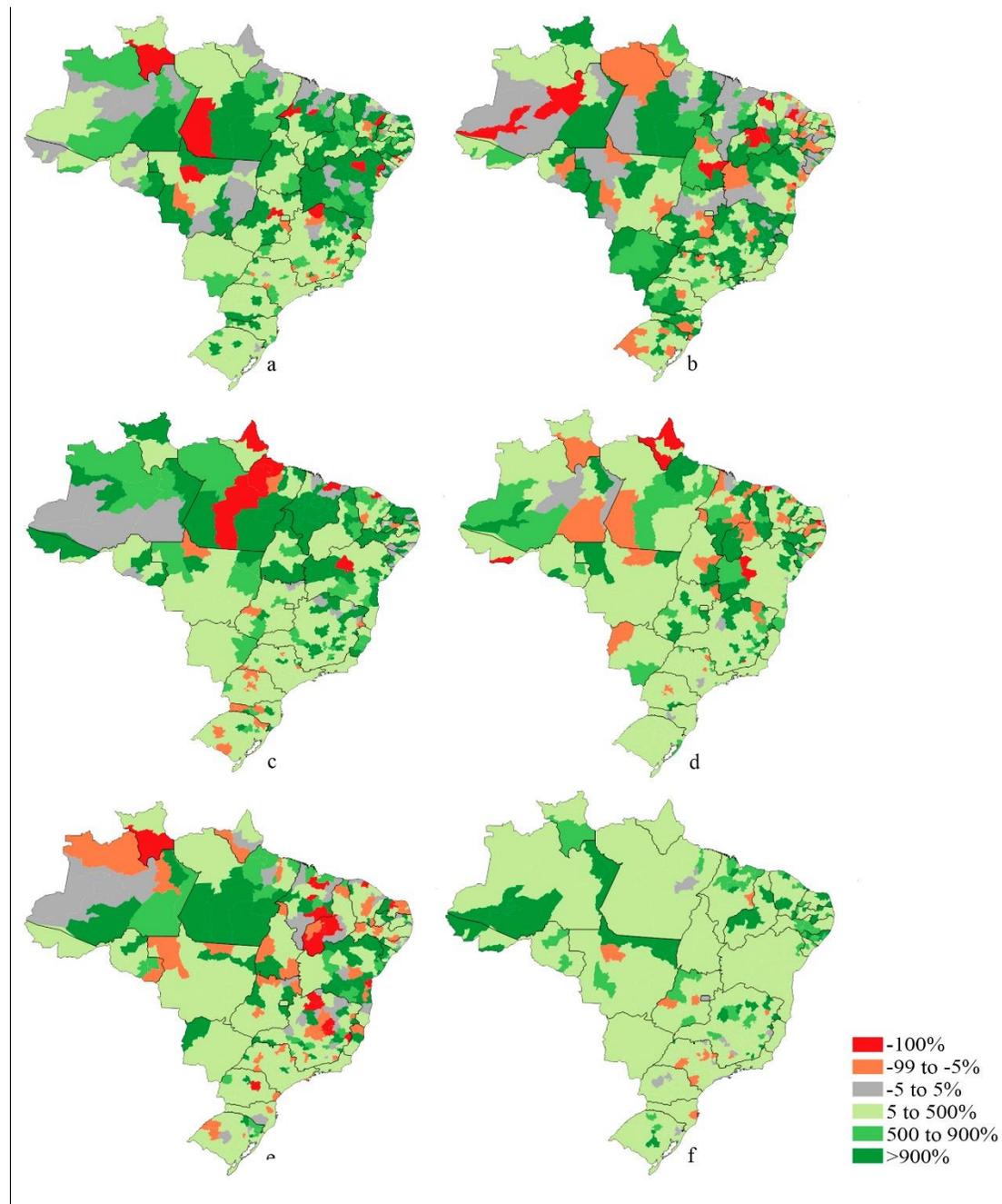
1 Figure 2: Increase of professions that comprise the Family Health Strategy, Brazil, 2000 and 2010



2

3 a. Increase in physicians in Brazil, 2000 and 2010; b. Increase of nurses in Brazil, 2000 and 2010; c. Increase of dentists in Brazil, 2000 and 2010.

Figure 2: Increase of other professions examined, Brazil, 2000 and 2010



a. Increase of psychologists in Brazil, 2000 to 2010; b. Increase of nutritionists in Brazil, 2000 to 2010; c. Increase of physiotherapists in Brazil, 2000 to 2010; d. Increase of pharmacists in Brazil, 2000 to 2010; e. Increase of veterinarians in Brazil, 2000 to 2010; f. Increase of social workers in Brazil, 2000 to 2010.

## 5.2 ARTIGO 2 – AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS (POSSÍVEIS) IMPLICAÇÕES NA CONFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE<sup>3</sup>

Patrícia Ferrás Araújo da Silva  
Helena Eri Shimizu  
Mauro Niskier Sanchez

### **Resumo**

As políticas de saúde no Brasil exercem um papel importante na conformação da Força de Trabalho em Saúde, já que a cada tempo estabelecem um conjunto de estratégias, que envolvem saberes diversos, impactando diretamente na formação das profissões da saúde. O objetivo deste estudo é compreender as possíveis contribuições das políticas de saúde na conformação da força de trabalho em saúde, na perspectiva de um cuidado em saúde integral, humanizado, qualificado e interdisciplinar. Foi realizada análise de conteúdo das 48 normativas da saúde, comparadas dentro de sete eixos, a partir de nove dimensões de análise, que nos permitiu visualizar a narrativa dos documentos para melhor compreensão do enunciado e intencionalidade das políticas. Observou-se que grande parte dos documentos deu destaque à FTS, seja no papel estratégico dos profissionais ou na necessidade de composição multidisciplinar das equipes. Conclui-se que as políticas abriram novas possibilidades de inserção profissional, a partir do reconhecimento da importância de outras disciplinas não tradicionais na atenção à saúde e na saúde pública.

Palavras-chave: políticas de saúde; força de trabalho em saúde; profissional de saúde.

### **Abstract**

Health policies in Brazil play an important role in shaping the Health Workforce (HWF), since they are increasingly established in a framework of strategies that involve knowledge, directly affecting health activities. The objective of this study was to understand health policies from the perspective of the health workforce, from the perspective of comprehensive, humanized, qualified and interdisciplinary health care. From the analysis of 48 health norms,

---

<sup>3</sup> Artigo submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde.

the comparisons in seven axes, from nine dimensions of analysis, that allowed us to visualize a narrative of documents for a better understanding of the purpose and intentionality of the policies. A large part of the documents showed the importance of the HWF, considering its role as professionals or their tasks within multidisciplinary teams. We concluded that policies opened a new range of possibilities for the composition and functioning of the HWF, from the recognition of the importance of other disciplines not directly health-related; to the way health care and public health are delivered to the population.

**Keywords:** Health Policy; Health Workforce; health Personnel.

Declaramos que nosso trabalho não foi enviado ou publicado em outro lugar, não tivemos financiamento e não há conflito de interesses.

### *Introdução*

As políticas de saúde no Brasil são importantes para garantir a institucionalidade das questões de saúde, seja para organização do sistema, garantia de recursos e financiamentos, estabelecimento de diretrizes e, especialmente, para o ordenamento da força de trabalho em saúde (FTS).

A política de saúde enquanto instrumento normativo materializa a ação do Estado envolvendo recursos, atores, arenas, ideias e negociações. Sua implementação envolve atores que apesar de muitas vezes não participarem de sua formulação inicial, se tornam os principais agentes da política, responsáveis pela prestação direta de serviços (Viana e Baptista, 2009).

Nesse contexto, destaca-se o potencial indutor das normativas sobre a FTS, na medida em que estabelecem a ação governamental para um setor com previsão de diretrizes e estratégias para seu alcance.

Ressalte-se que a primeira década dos anos 2000 foi marcada pela institucionalização de importantes normativas da saúde, estabelecendo diretrizes para trabalhar temas e segmentos prioritários em saúde.

Todo esse arcabouço conceitual e político representou um importante avanço, tanto no campo do financiamento das ações quanto na direção técnica propriamente dita para condução das agendas, já que a reestruturação das ações a partir de políticas nacional não apenas deu a direcionalidade como também representou mudanças na lógica do modelo de atenção até então instituídos.

Foi também uma década decisiva na implantação de Programas Nacionais, cujo foco era fomentar e fortalecer o trabalho em saúde, reconhecendo sua importância no contexto do fortalecimento do SUS.

As normativas têm a integralidade da atenção como eixo comum e requer conhecimentos interdisciplinares ao evidenciar a complexidade dos temas que se apresentam no cotidiano do desenvolvimento das ações. Toda essa construção e avanço no campo da atenção representam na prática um desafio para as equipes de saúde, agora convocadas a assumir novos papéis, em composições interdisciplinares que considerem as mais diversas expressões da saúde e da doença.

Este avanço no campo normativo, que impõe novos arranjos técnicos e conceituais, exige um olhar mais aguçado do profissional de saúde, que extrapole sua categoria profissional na direção da compreensão dos mais diversos determinantes sociais da saúde, que enxergue a população atendida como protagonista no processo de produção de saúde e não mais apenas como ‘pacientes’ desprovidos de saberes e desejos à mercê de uma orientação profissional suprema e inquestionável.

Se por um lado o campo da saúde tornou-se cada vez mais exigente, por outro a formação não necessariamente acompanhou todo este processo. As categorias profissionais ainda são formadas com um olhar segmentado da assistência, e com isso o profissional ao se deparar com o trabalho enfrenta o desafio de integrar equipes multiprofissionais, cujos saberes devem se complementar para compor uma assistência resolutiva e de qualidade, que de fato atenda às necessidades de saúde da população, o que não é algo simples.

Alguns requisitos se apresentam para que a composição multiprofissional aconteça. Talvez o mais fundamental seja reconhecer no outro um saber que deva ser considerado, pois muitas vezes a vaidade profissional faz com que as relações sejam hierarquizadas e os saberes menosprezados. Além disso, há que se destacar que as condições objetivas do trabalho é outra dimensão de extrema relevância, pois além das dificuldades técnicas, temos também grande disparidade no que tange às remunerações, ambientes de trabalho, diferentes vínculos e jornadas, o que fragiliza ainda mais as relações interpessoais.

A centralidade dos trabalhadores na constituição do SUS é inegável, mas nem por isso tem destaque garantido nas agendas e prioridades de governo. O avanço das políticas e modelo de atenção apesar de fundamental para ampliação do escopo das práticas e diferentes inserções dos profissionais de saúde, não são suficientes para lançar luz à centralidade da questão da FTS, debate este que fica relegado em segundo plano e tem se desenvolvido ainda de maneira tímida, na contramão de todas as constatações de sua relevância e centralidade.

Nesse cenário, com o protagonismo da FTS na missão de operar as políticas em toda a sua complexidade houve o ingresso de profissões no Sistema Único de Saúde (SUS) que tradicionalmente eram restritas ao sistema privado.

De maneira geral, para implementação do SUS em qualquer uma de suas dimensões a FTS é o fator primordial e absolutamente relevante, sem o qual nada do que se pretende pode ser alcançado. Os desequilíbrios na composição e distribuição das equipes agravam os

problemas atuais de saúde, o que nos remete para a importância estratégica de investir na FTS (Dal Poz, 2013). Para o alcance de um modelo de saúde mais abrangente faz-se necessária a adequada formação, numa concepção de produção de saúde como processo dinâmico.

Considerando que há pelo menos duas formas de tratar os trabalhadores em saúde - enquanto força de trabalho em saúde (FTS) ou recursos humanos em saúde (RHS) - adotou-se neste estudo a terminologia 'Força de Trabalho em Saúde', em consonância com a conceituação clássica feita por Nogueira em 1983, onde assume que a noção de FTS vincula-se à sua origem na economia política enquanto que os RHS são originados na administração com componente gerencial.

Apesar do autor não classificá-los necessariamente como antagônicos, faremos a vinculação a partir de sua origem para a discussão aqui empreendida, também corroborada mais adiante, com a superação da ideia de meros insumos da função de produção, desempenhando um papel de 'sujeito-agente' das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano (Paim, 1994).

No entanto, estudos sobre a FTS exigem uma cuidadosa análise, já que a nomenclatura por si só não é capaz de definir se o trabalhador é considerado em sua complexidade, enquanto sujeito político com sua dimensão subjetiva ou como mero insumo ou recurso imaterial. Ressalte-se que o debate internacional tem importantes contribuições para o campo e não envolvem necessariamente uma única terminologia, referindo-se ao tema mais frequentemente como '*human resources for health*' ou '*health workforce*'.

Reitera-se, é preciso reconhecer que a FTS, para além de outros componentes primordiais para o SUS, como o orçamento, por exemplo, deve ser tratado com seriedade e muito cuidado, uma vez que para a efetivação de tudo que se pretende na política, sem a força de trabalho em todas as etapas, nada seria possível. As necessidades de pessoal pelos sistemas de saúde são diferentes a cada tempo e são diretamente afetadas por diversos fatores como novos modelos de atenção, introdução de novas tecnologias e até mesmo a mudança do perfil epidemiológico (Dal Poz, 2013).

O que parece uma simples constatação, no cotidiano do SUS tem se apresentado como um grave problema, na medida em que até hoje a discussão da FTS ainda é relegada ao segundo plano, como algo já dado, naturalmente estabelecido, o que mascara uma realidade

que notadamente tem obedecido e sido ordenada e regulada por regras de mercado, pautada por interesses individuais, competitivos e corporativos, e fatalmente se enquadra numa perspectiva de precarização, desvalorização e invisibilidade dos trabalhadores da saúde.

Trabalhar as diferentes políticas de forma integrada, resolutive, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, garantindo o acesso à população à serviços de qualidade, independentemente de seu nível de complexidade, depende intrinsecamente de profissionais qualificados, que compreendam a saúde em seu conceito ampliado, que detenham as ferramentas necessárias ao desenvolvimento de se processo de trabalho, que compreendam a população atendida como parte integrante do processo decisório da saúde, que compartilhem da premissa do trabalho em equipe e que tenham a sua condição de trabalhadores garantida e respeitada. E neste cenário emergem as questões centrais que mobilizam este estudo. Afinal, como as políticas de saúde vêm contribuindo para a organização da força de trabalho em saúde no Brasil? As normativas têm afetado a configuração das equipes na direção da interdisciplinaridade e interprofissionalidade?

O objetivo deste estudo é compreender as possíveis contribuições das políticas de saúde na conformação da força de trabalho em saúde, compreendendo a intencionalidade das narrativas na perspectiva de um cuidado em saúde integral, humanizado, qualificado e multiprofissional.

### *Metodologia*

Trata-se de estudo qualitativo. Foi feita análise documental, mais precisamente das Portarias de Consolidação (PRC), que visavam sistematizar e categorizar as normativas da saúde. Foram ao todo selecionadas 48 normativas, que foram organizadas em três grandes áreas: Políticas de Saúde; Políticas de Organização da Atenção em Saúde e Políticas de organização do SUS. Estas foram, posteriormente, classificadas em sete eixos, quais sejam: Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde; Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais; Políticas de Promoção da Equidade em Saúde; Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde; Políticas de Atenção a Agravos Específicos; Políticas de organização do Sistema Único de Saúde.

Quadro 2 Políticas de Saúde no Brasil

Área	Eixo	Políticas	Categorias de Análise (n° de aparições dos termos nos documentos)
Políticas de Saúde	Eixo 1. Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	I - Política Nacional de Promoção da Saúde; (2014) II - Política Nacional de Vigilância em Saúde; (2018) III - Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados; (2001) IV - Política de Saúde Mental; (2001) V - Política Nacional de Alimentação e Nutrição; (2011) VI - Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; (2006) VII - Política Nacional de Educação Popular em Saúde. (2013)	Integral ou integralidade; (40) Humaniza; (11) Força de Trabalho; (6) Formação/capacitação; (33) Recursos Humanos; (5) Financiamento; (5 sim / 2 não) Multidisciplinar/multiprofissional; (4) Equipe; (26) Profissionais. (0)
	Eixo 2. Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde	I - Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública; (2016) II - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência; (2001) III - Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio; (2006) IV - Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. (2013)	Integral ou integralidade; (18) Humaniza; (5) Força de Trabalho; (0) Formação/capacitação; (20) Recursos Humanos; (16) Financiamento; (1 sim / 3 não) Multidisciplinar/multiprofissional; (5) Equipe; (12) Profissionais. (59)
	Eixo 3. Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais	I - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança; (2015) II - Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; (2010) III - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; (2006) IV - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres; (2004) V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (2009) VI - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; (2002) VII - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (2002) VIII - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; (2012) IX - Política Nacional para a População em Situação de Rua; (2009) X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de	Integral ou integralidade; (159) Humaniza; (34) Força de Trabalho; (1) Formação/capacitação; (68) Recursos Humanos; (27) Financiamento; (8 sim / 3 não) Multidisciplinar/multiprofissional; (18) Equipe; (124) Profissionais. (96)

		<p>Internação e Internação Provisória; (2014)</p> <p>XI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS. (2014)</p>	
	<p>Eixo 4. Políticas de Promoção da Equidade em Saúde</p>	<p>I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; (2009)</p> <p>II - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; (2011)</p> <p>III - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. (2011)</p>	<p>Integral ou integralidade; (23)</p> <p>Humaniza; (4)</p> <p>Força de Trabalho; (0)</p> <p>Formação/capacitação; (7)</p> <p>Recursos Humanos; (0)</p> <p>Financiamento; (1 sim / 2 não)</p> <p>Multidisciplinar/multiprofissional; Equipe; (0)</p> <p>Profissionais. (0)</p>
<p>Políticas de Organização da Atenção em Saúde</p>	<p>Eixo 5. Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde</p>	<p>I - Política Nacional de Atenção Básica; (2017)</p> <p>II - Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente); (2004)</p> <p>III - Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte; (2004)</p> <p>IV - Política Nacional de Atenção Hospitalar; (2013)</p> <p>V - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; (2006)</p> <p>VI - Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde; (2008)</p> <p>VII - Política Nacional de Medicamentos; (1998)</p> <p>VIII - Política Nacional de Assistência Farmacêutica. (2004)</p>	<p>Integral ou integralidade; (58)</p> <p>Humaniza; (13)</p> <p>Força de Trabalho; (5)</p> <p>Formação/capacitação; (77)</p> <p>Recursos Humanos; (20)</p> <p>Financiamento; (7 sim / 1 não)</p> <p>Multidisciplinar/multiprofissional; (28)</p> <p>Equipe; (337)</p> <p>Profissionais. (198)</p>

	Eixo 6. Políticas de Atenção a Agravos Específicos	<p>I - Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; (2012)</p> <p>II - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida; (2005)</p> <p>III - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade; (2004)</p> <p>IV - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica; (2005)</p> <p>V - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal; (2004)</p> <p>VI - Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia; (2005)</p> <p>VII - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia; (2008)</p> <p>VIII - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias; (2005)</p> <p>IX - Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica; (2009)</p> <p>X - Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. (2014)</p>	Integral ou integralidade; (41) Humaniza; (15) Força de Trabalho; (0) Formação/capacitação; (9) Recursos Humanos; (17) Financiamento; (5 sim / 5 não) Multidisciplinar/multiprofissional; (27) Equipe; (88) Profissionais. (52)
Políticas de organização do SUS	Eixo 7. Políticas de organização do Sistema Único de Saúde	<p>I - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS); (2007)</p> <p>II - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; (2007)</p> <p>III - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; (2008)</p> <p>IV - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; (2009)</p> <p>V - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. (2015)</p>	Integral ou integralidade; (14) Humaniza; (6) Força de Trabalho; (0) Formação/capacitação; (53) Recursos Humanos; (17) Financiamento; (4 sim / 1 não) Multidisciplinar/multiprofissional; (2) Equipe; (8) Profissionais. (36)

Elaboração própria.

Foi realizada análise de conteúdo das normativas, tendo como referência as dimensões abaixo mencionadas visando melhor compreensão do enunciado e intencionalidade das políticas. As cinco dimensões utilizadas para descrever o trabalhador propriamente dito foram: força de trabalho, recursos humanos, equipe, profissionais, multidisciplinar/multiprofissional. As dimensões foram empregadas de forma que fossem

complementares entre si, para possibilitar a identificação do componente ligado ao trabalho em saúde, independentemente das diferenças presentes na redação dos documentos.

10. Integral ou integralidade: foram identificados os termos relacionados para compreensão do “olhar” ou ponto de partida conceitual do documento, já que ao considerar a atenção integral, saúde integral, cuidado integral e integralidade imprime-se complexidades na produção da saúde.
11. Humaniza: considerou-se humanização, cuidado humanizado, atenção humanizada. Como princípio a humanização confere um aprofundamento das relações que se estabelecem no cuidado em saúde, demandando inclusive o aperfeiçoamento das práticas tradicionais de saúde.
12. Força de Trabalho: Considerou-se a nomenclatura para definir a atuação profissional.
13. Formação/capacitação: Dispositivos voltados para o aperfeiçoamento e qualificação do trabalho em saúde.
14. Recursos Humanos: Outra possibilidade de identificação da atuação profissional.
15. Financiamento: Ou recursos financeiros. Esta dimensão permitiu identificar se o texto trazia formas de operacionalização do ponto de vista de seu custeio, inclusive em alguns casos com previsão de credenciamento, outra forma de garantia de recurso.
16. Multidisciplinar/multiprofissional: Característica de composição que considera as diferentes formações em saúde.
17. Equipe: Considerou-se a utilização do termo para apontar mais de uma categoria profissional envolvida no processo de trabalho.
18. Profissionais: Em geral utilizou-se termo ‘profissionais de saúde’, que mais uma vez apontava para a multiplicidade de saberes envolvidos no cuidado.

### *Resultados*

No eixo 1, que corresponde às Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde observou-se que todas as políticas consideram o conceito de saúde integral e/ou integralidade, com exceção da política de sangue e hemoderivados, as equipes aparecem

descritas em alguns casos como força de trabalho em outros como recursos humanos. A formação/capacitação é bem demarcada em todos os textos, com exceção da saúde mental que se debruçou quase que exclusivamente na operacionalização da internação, apesar de não discorrer sobre o financiamento, assim como a vigilância, pois as demais políticas citaram o financiamento. O destaque para as equipes se deu mais fortemente na Vigilância e Alimentação, tendo nesta última seu protagonismo muito valorizado e indispensável para operacionalização.

O eixo 2, Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde. Observou-se que a Política de hanseníase menciona os profissionais de saúde, mas centra o protocolo de atendimento na figura do médico e enfermeiro, apesar de considerar a atenção integral como fundamento. Já as políticas de morbimortalidade e prevenção do câncer dão ênfase nas equipes multiprofissionais, sendo que esta última enfatiza em muitos momentos o cuidado integral, embora todas as demais também o tenham como princípio. A política da prevenção do suicídio é mais superficial, e não discorre sobre as equipes, por exemplo.

No eixo 3, das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais, a atenção integral ou integralidade tem grande destaque neste grupo de políticas, fazendo parte inclusive do enunciado de seis dentre os onze documentos, com destaque para a política de adolescentes e jovens que trouxe o maior número de aparições do termo. Apenas a política da população de rua não fez menção ao conceito. Apenas três documentos não fazem menção à Humanização, a política da pessoa com deficiência, povos indígenas e do trabalhador e trabalhadora. Quanto aos profissionais de saúde há um grande destaque nos textos, somente a política da criança refere como força de trabalho, 5 textos referem como recursos humanos mas todos dão destaque como profissionais de saúde, equipes e a referência a composição multiprofissional, inclusive duas normativas descreve os profissionais que devem fazer parte da composição: povos indígenas e adolescentes em conflito com a lei. Três documentos não fazem referência ao financiamento e todos dão destaque à capacitação, com maior ênfase no texto da saúde do trabalhador e da trabalhadora, seguido da pessoa com deficiência.

O eixo 4, das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, a saúde integral destaca-se, inclusive no enunciado de todos os documentos. Apenas a política da população negra dispõe sobre o financiamento e os três documentos referem-se às equipes como

"trabalhadores da saúde". A política LGBTTT não menciona a humanização e a capacitação e formação não aparecem, constando a educação permanente como dispositivo.

O eixo 5 sobre as Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde. a integralidade tem grande destaque na política de atenção básica, seguida das práticas integrativas e saúde bucal. O documento dos hospitais de pequeno porte e de medicamentos não fazem menção ao conceito. Os termos equipes e profissionais de saúde são recorrentes nos documentos, apesar de não se deterem nas terminologias força de trabalho ou recursos humanos, que quase não aparecem em termos quantitativos. Houve a preocupação em três documentos com a descrição da composição das equipes nos textos da atenção básica, saúde bucal e práticas integrativas. Todos os documentos mencionam financiamento e capacitação, com destaque neste quesito para os hospitais de pequeno porte que referem a capacitação exclusivamente para a gestão, sendo compatível com o restante de sua redação que se enuncia como organizativa.

No eixo 6 das Políticas de Atenção a Agravos Específicos: Os dez documentos possuem redação semelhante, todos fazem menção à integralidade e apenas dois não mencionam a humanização (espectro autista e doença falciforme). Nenhum dos documentos trazem o termo força de trabalho enquanto três textos nomeiam como recursos humanos: cardiovascular, doenças raras e traumato-ortopedia. Este último é o único que não menciona a capacitação ou formação. Apenas três não trazem os termos multidisciplinar ou multiprofissional para se referir às equipes, sendo o termo equipe e profissionais recorrentes em todos os documentos, com destaque para a atenção cardiovascular que além de mencionar muitas vezes traz em seu bojo a descrição da composição das equipes. O financiamento merece destaque por constar na maioria dos documentos, com mecanismos de credenciamento em dois deles (cardiovascular e traumato-ortopedia).

O eixo 7 trata das Políticas de organização do Sistema Único de Saúde. Todos os documentos referem a integralidade como princípio, com maior incidência na gestão estratégica, que foi a única a mencionar o conceito de humanização. Apenas o texto da gestão de tecnologias não mencionou nenhum mecanismo de capacitação ou formação e também foi o único sem o componente financiamento. Todos os documentos fazem menção aos profissionais, no entanto nenhum deles os nomeia como força de trabalho.

### *Discussão*

Observou-se neste estudo que os documentos que normatizam as políticas de saúde variam de acordo com seu propósito, sendo alguns mais abrangentes e complexos e outros mais organizativos e objetivos. Pode-se inferir que um dos grandes propósitos ao enunciar uma política é dar visibilidade para garantir que o tema ganhe espaço na agenda estratégica, institucionalizando-se como política de Estado, que sobreviva às agendas variáveis de governo.

Todos os 48 documentos demonstraram a complexidade do processo de produção de saúde, que demanda múltiplos saberes e formações, com necessidade de qualificação constante, seja para operar a política, ou mesmo para contribuir com a compreensão de gestores, trabalhadores e população atendida. Neste sentido, essas políticas são potencialmente indutoras da composição multiprofissional das equipes de trabalho, e em sua maioria extrapola na direção de um trabalho interdisciplinar para o alcance dos objetivos estratégicos descritos.

As dimensões utilizadas para compreensão das políticas revelaram que cada eixo apresentou diferentes destaques. Salvo as devidas proporções, já que cada eixo compreende uma quantidade diferente de documentos, o que se observa são direcionamentos importantes para compreensão de sua intencionalidade, especialmente no que se refere à FTS.

Dos sete eixos, apenas o eixo 4 não fez nenhuma menção à FTS nas dimensões estudadas, apresentando, no entanto, um enfoque na formação/capacitação como elemento importante.

Em relação à dimensão do financiamento, 65% dos documentos mencionaram algum mecanismo a este respeito. Em que pesem os esforços organizativos das normativas que independem de financiamento, este é um aspecto relevante que demonstra a preocupação com sua operacionalização em termos de recursos.

As cinco dimensões que remetem à FTS foram citadas 1234 vezes, demonstrando nos documentos a relevância das equipes para operar as políticas. Soma-se a isso a diversidade na composição das equipes, que representa um avanço na perspectiva da integralidade. A maior concentração foi no eixo 5, grupo ao qual pertence a Atenção Básica, o que demonstra a intencionalidade da reversão do modelo de atenção, com grande investimento nas equipes para fortalecimento desta aposta.

Na sequência vem o eixo 3 dos segmentos populacionais. Depreende-se mais uma vez o reconhecimento da importância da FTS, e não só para a execução das ações relacionadas a estes campos, mas estrategicamente pelo seu potencial multiplicador de novas perspectivas e novos olhares ao pensar a saúde da população, que necessita de saberes específicos para lidar com questões que precisam ser atualizadas a cada tempo. Um bom exemplo disso é a política para pessoas em situação de rua, que representou um avanço ao absorver este público e suas questões peculiares. Nesta mesma perspectiva vemos a evolução da política para pessoas com deficiência, antes vistas como “portadoras de necessidades especiais”. Esta diferença representa uma profunda transformação ideológica, que reconhece o “sujeito” antes de sua “necessidade”.

Em terceiro lugar temos o eixo 6 sobre os agravos específicos. Aqui temos o grupo de políticas de maior complexidade, o que de fato representa um desafio para sua operacionalização exigindo bastante de seus trabalhadores. Houve neste eixo muita ênfase à dimensão ‘equipe’, seguida de ‘profissionais’ e ‘multiprofissional/multidisciplinar’. Talvez esta seja uma das grandes conquistas em termos de conformação da FTS, considerando que especialmente na alta complexidade a hegemonia médica era evidente.

O curioso é que em último lugar ficou o eixo 1 das políticas gerais. Este seria um eixo *a priori* voltado à FTS pela sua potência organizativa de promoção, proteção e recuperação da saúde. Observou-se que o destaque para a FTS foi dado mais fortemente pela política de alimentação e nutrição, ficando as demais normativas mais voltadas à discussão de dimensões estruturantes como integralidade, humanização e formação/capacitação.

Em uma perspectiva ampliada de análise sobre os documentos é possível perceber que, com exceção da Política Nacional de Medicamentos publicada em 1998, todas as demais políticas foram posteriores aos anos 2000, ratificando a importância das últimas duas décadas para a institucionalização de questões prioritárias da saúde. E cabe ressaltar que a integralidade, tanto dos sistemas de serviços quanto de práticas de saúde, deve ser o atributo principal para garantir a efetividade do modelo de atenção (Teixeira, 2006), implica necessariamente uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (Mattos, 2009).

Pode-se dizer que a integralidade é o eixo central para pensar a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares, para garantir a efetividade do cuidado no

processo de produção de saúde em seus diferentes níveis. Para tanto, é preciso que a integralidade seja entendida também como princípio na formação dos profissionais de saúde, redirecionando o olhar para práticas interdisciplinares, para que os mesmos sejam capazes de compreender a integralidade nas práticas de saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004). E as exigências impostas pela complexidade da saúde tem avançado teoricamente, por meio dos esforços para compreensão dos desafios na promoção de convergências entre os saberes na direção da “interprofissionalidade” como consequência das apostas da composição multiprofissional das equipes com atuação interdisciplinar. Este termo vem ganhando certa notoriedade junto às políticas de saúde, especialmente no tocante à educação interprofissional (Ceccim, 2018).

Percebe-se nas narrativas dos documentos a intencionalidade em promover práticas na perspectiva da interprofissionalidade, apesar de não as nomear desta forma, referindo-se majoritariamente à multiprofissionalidade, no tocante à composição de equipes com profissionais de diferentes formações. No entanto, ao considerar o cuidado integral como eixo central o, direcionamento da articulação interdisciplinar torna-se intrínseca. A análise mostrou que a maior incidência das categorias relacionadas às equipes, está nos eixos dos “segmentos populacionais” e da “organização da atenção à saúde”, respectivamente. O alinhamento conceitual segue a mesma tendência, em relação à integralidade e humanização, demonstrando a coerência e preocupação com o embasamento teórico na organização das práticas.

Ressalte-se que o termo utilizado para fazer referência aos profissionais de saúde não foi suficiente para concluir a dimensão política de seu enunciado, isso porque embora muitas vezes explicitado como ‘recursos humanos’ trazia em seu bojo uma discussão conceitual que não reduzia de forma alguma o profissional a um ‘mero recurso’, pelo contrário, em geral a diferenciação entre FTS e RHS não se mostrou como uma questão central no conteúdo das políticas.

Algumas políticas descrevem os profissionais que devem fazer parte da composição das equipes e com isso as profissões de saúde foram diretamente impactadas com as diretrizes dos documentos, tais como a odontologia, educação física, fonoaudiologia, dentre outras que no desenho instituído pelas normativas passam a integrar as equipes de cuidado, com rebatimento direto na oferta de postos de trabalho e, por consequência, na formação.

Destaque-se a política de saúde bucal, que trouxe uma grande contribuição ao absorver profissionais cirurgiões dentistas, antes restritos ao sistema privado com participação tímida na esfera pública, que inovou o atendimento integral em todos os níveis, ampliando o acesso com incentivo aos estados e municípios para a implantação de ações na Estratégia Saúde da Família e criação dos Centros de Especialidades Odontológicas com previsão de equipes mínimas, passando de uma posição inexpressiva para uma de alta centralidade no governo federal. (Scarparo, 2015).

Outro destaque são as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) que ampliam a participação de profissionais de outras matrizes de formação, ampliando as possibilidades terapêuticas de cuidado e atenção. Com a publicação da política foram institucionalizadas no SUS, em âmbito nacional, um conjunto de práticas incluídas na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Entre os avanços importantes estão a inclusão das PICs nas diversas estratégias de ampliação da Política Nacional de Atenção Básica (Cavalcanti et. al., 2014).

De fato, a atenção básica foi completamente reestruturada com a política, desenhando um modelo de atenção absolutamente conectado à composição multiprofissional, reconhecendo a população, os territórios e a importância do vínculo do profissional como estratégicos para a saúde integral. A experiência bem sucedida do Brasil com a Estratégia de Saúde da Família tem sido objeto de estudos internacionais, com países que têm adotado seus métodos e apresentam êxito na atenção primários em saúde, a exemplo da Inglaterra no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas com a introdução de agentes comunitários de saúde (Hayhoe et. al, 2018).

Dispositivos como os Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) trazem a necessidade de profissionais com múltiplas formações e foi determinante para absorção de profissionais com formações diversas, provocando um expressivo aumento no número de profissionais de saúde que antes não eram contemplados na composição da equipe mínima de saúde da família na atenção básica (Sousa et. al., 2017).

Nesse contexto encontra-se o profissional de Educação Física, que tem no NASF um promissor campo de atuação na saúde pública (Santos e Benedetti, 2012). Já na saúde mental o profissional foi incorporado aos Centros de Atenção Psicossocial e a partir de sua identidade primeira de professor de educação física, de seu trato com os componentes da

cultura corporal de movimento, que esse profissional pode vir a enriquecer as práticas no contexto institucional, assumindo uma identidade de profissional da saúde mental, sob a qual compõe suas práticas voltadas ao cuidado dos portadores de sofrimento psíquico (Wachs e Fraga, 2009).

Já para o profissional nutricionista que tinha nos hospitais um espaço de atuação já estabelecido, o NASF se constitui um novo campo de atuação e uma oportunidade para demonstrar a sua importância, já que sua ausência na rede básica de saúde deve-se a uma questão histórica e estrutural na política de saúde (Gomes, Martins e Neres, 2013).

O avanço das políticas públicas também foi responsável pelo aumento do número de fonoaudiólogos no sistema de saúde, em diversos níveis assistenciais, especialmente no NASF, sendo uma importante conquista da categoria profissional, que tem contribuído significativamente para atender as necessidades de saúde da população que antes não eram reconhecidas no SUS (Sousa et. al., 2017).

A incorporação do profissional da Terapia Ocupacional regulamentada pelas políticas de saúde, vem garantindo sua participação em diversos contextos de intervenção, estando inserida em grande parte dos programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde como na tradicional área da saúde mental, na traumatologia-ortopedia, na neurologia e na atenção à pessoa com deficiência. (Beirão e Alves, 2010).

A psicologia tem sido bastante presente e significativa nas políticas, com atuação prevista em diversos dispositivos e níveis de atenção, representando além de uma expansão no campo de atuação profissional um desafio para pensar a formação para além dos moldes dos consultórios particulares, resquício da história de sua inserção na saúde pública, para que sua atuação não se limite às práticas curativas e individualizantes, mas que abranjam ações que promovam autonomia, conscientização e empoderamento (Cintra e Bernardo, 2017).

Apesar do enfoque na expansão do campo de atuação multiprofissional provocada pela atenção básica, ressalte-se que os demais níveis de atenção e políticas estruturantes também abriram importantes janelas de oportunidades para o ingresso dos profissionais de saúde, institucionalizando e ratificando a necessidade de múltiplos saberes na produção do cuidado que é desafiado diariamente, seja pelo subfinanciamento da saúde, seja pela dimensão continental do país, ou mesmo pela sua diversidade, expressa e reconhecida nas normativas da saúde.

Considerando o conceito ampliado de saúde, que a saúde não consiste apenas na ausência de doenças e é atravessada por Determinantes Sociais, modos de vida dos sujeitos, territórios vivos e tantas outras variáveis, os desenhos assistenciais unilaterais e exclusivos mostram-se cada vez mais insuficientes, apontando para formas interdisciplinares de organização do cuidado.

A organização dos modelos de atenção em saúde hoje expresso nos documentos analisados exige um olhar aprofundado e cuidadoso da realidade, demandando estratégias a serem desenvolvidas de forma horizontalizada e dialógica com aqueles que já não se configuram como “pacientes” nas relações de produção da saúde e sim atores ativos cujos saberes devem ser considerados para construção de possibilidades de ação.

Tudo isso reflete diretamente na (con)formação da FTS que, tradicionalmente tem sua base exclusivamente voltada para sua categoria profissional, de maneira isolada das demais profissões e saberes que compõem o cuidado em saúde, o que provoca uma série de questões para a composição das equipes de saúde. A formação apropriada da FTS com o desenvolvimento de competências e habilidades para lidar com os problemas globais de saúde é uma preocupação mundial para responder adequadamente às demandas de saúde e à prestação de serviços de qualidade (Zodpey et al, 2018).

Para tanto, numa concepção de saúde integral cada vez mais presente nas normativas da saúde, as equipes precisam ter um desenho multiprofissional para, numa perspectiva interdisciplinar, serem capazes de assegurar o direito à saúde, extrapolando as prescrições tradicionais na compreensão de sua insuficiência e ineficácia.

As limitações do estudo referem-se à análise dos documentos, uma vez que o objetivo não foi esgotá-los em todas as suas possibilidades de análise, mas sim delimitar o olhar sobre alguns elementos que pudessem contribuir com o debate acerca da conformação da força de trabalho em saúde.

### *Considerações Finais*

A atenção à saúde é um tema complexo e cheio de significados que vêm sofrendo transformações ao longo da história. A concepção centrada no modelo biomédico,

hospitalocêntrico vem sendo confrontada com as necessidades em saúde que extrapolam as possibilidades de uma única categoria profissional.

A conversão do modelo de atenção tem exigido novas competências, entendidas como a mobilização de um saber em ato, construída na relação com o outro. Enquanto processo reconhecidamente complexo e gradual, exige alterações macro-sistêmicas, que dizem respeito a mudanças na formulação e implantação de políticas que favoreçam “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) para resolução de problemas e atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas, consolidando a mudança no modelo de atenção (Shimizu e Rosales, 2009).

Sem a pretensão de esgotar o debate sobre os rebatimentos das políticas sobre a conformação das profissões de saúde, este estudo apontou alguns elementos para compreensão da importância da institucionalização das políticas como impulsionadoras da formação e do trabalho em saúde.

E esta perspectiva vem sendo legitimada pelos documentos das políticas, abrindo novas possibilidades de inserção profissional, a partir do reconhecimento da importância de outras disciplinas não tradicionais na atenção à saúde.

Neste sentido, é preciso reconhecer o que as políticas de saúde e o modelo de atenção têm trazido em seu escopo que reflete diretamente na configuração da FTS, especialmente no que tange à sua composição.

### *Referências*

BEIRÃO, Rafaela Oliveira Santos; ALVES, Cinthia Kalyne De Almeida. Terapia Ocupacional no Sus: Refletindo Sobre a Normatização Vigente. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, Set/Dez 2010, v. 18, n.3, p 231-246.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

CAVALCANTI, Felipe et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sus: Histórico, Avanços, Desafios e Perspectivas *in Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação* / Organizador: Alexandre Franca Barreto. – Recife: Editora UFPE, 2014.

CECCIM, Ricardo Burg. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2018, v. 22, n. Suppl 2 [Acessado 6 Março 2019], pp. 1739-1749.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, Oct. 2004.

CINTRA, Marcela Spinardi; BERNARDO, Marcia Hespanhol. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 4, p. 883-896, Dec. 2017.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, Oct. 2013.

GOMES, Daiene Rosa; MARTINS, Poliana Cardoso; NERES, Wanessa Chagas. O Nutricionista e a Atenção Básica: Importância de sua Atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.37, n.3, p.553-570 jul./set. 2013.

HAYHOE, Benedict et al. Integrating a nationally scaled workforce of community health workers in primary care: a modelling study. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 2018, Vol. 111(12) 453–461.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 8ª Edição – 2009.

NOGUEIRA, R. P. A Força de Trabalho em Saúde. *R. Adm. públ.*, Rio de Janeiro, 17(3):61-70, Jul./Set. 1983.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

SANTOS, Sueyla F. da Silva dos; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. Pelotas/RS 17(3):188-194, Jun/2012.

SCARPARO, Angela et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409-415, Dec. 2015.

SHIMIZU, Helena Eri, ROSALES, Carlos, As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. *Revista Brasileira de Enfermagem* [en línea] 2009, 62 (Mayo-Junio): [Fecha de consulta: 6 de marzo de 2019].

SOUSA, Maria de Fátima Silva de et al. Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS e na atenção primária à saúde, no Brasil. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 213-220, Mar, 2017.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: Desatando nós, criando laços. in TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Edufba, 2006. Saladeaula series nº3. 237 p.

VIANA, L. A.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.

WACHS, Felipe; FRAGA, Alex Branco. Educação Física em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, setembro 2009.

ZODPEY, Sanjay P. et al. *Editorial: Educating the Global Workforce for Public Health. Global Public Health Workforce Education. Frontiers in Public Health*. January 2018, Volume 5, Article 364.

### 5.3 ARTIGO 3 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

Patrícia Ferrás Araújo da Silva  
Mauro Niskier Sanchez  
Soraya Wingester Vasconcelos  
Helena Eri Shimizu

#### Resumo

**Introdução:** A distribuição de profissionais de saúde no Brasil de 2012 a 2016 é o objeto deste estudo, que pretende analisar o panorama das 3 categorias profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas). **Objetivo:** Analisar as principais tendências na distribuição das três categorias no período de 2012 a 2016. **Metodologia:** Os dados sobre os vínculos formais desses profissionais foram extraídos da RAIS, Relação Anual de Informações Sociais, considerando as seguintes variáveis, categorias e níveis de desagregação na correlação dos dados: geográfico (Brasil e Unidades Federativas, cujos dados foram utilizados para a composição das 5 macrorregiões geográficas), Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) Ocupação 2002 (médico clínico, médico generalista, médico pediatra, médico ginecologista e obstetra, enfermeiro e cirurgião dentista – clínico geral), tipo de vínculo, natureza jurídica do provimento, faixa de horas contratuais e motivos de desligamento do vínculo. **Resultados:** Houve um crescimento da enfermagem em comparação com as outras categorias, concentrando maior número de contratos entre 31 e 40 horas semanais. Prevalência dos vínculos estáveis, com protagonismo do executivo municipal no provimento de profissionais, sendo os desligamentos em sua maioria, decorrentes das aposentadorias, o que demonstra a tendência de permanência dos profissionais de saúde nos vínculos com pequenas variações ao longo do período. **Conclusão:** A compreensão das tendências na distribuição da força de trabalho em saúde, em especial das categorias que atuam nas equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família

(ESF), é essencial para o planejamento e desenvolvimento de estratégias de atração e fixação de profissionais de saúde, de modo a minimizar as iniquidades no acesso e oferta de serviços no âmbito da atenção básica e nos demais níveis de atenção do SUS. Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Profissionais de Saúde, Planejamento em Saúde.

## **Introdução**

É consenso entre os autores que a distribuição e fixação de profissionais de saúde é o grande desafio para a gestão do SUS (Carvalho e Sousa, 2013; Ferla e Possa, 2013; Morici e Barbosa, 2013; Kitajima e Moreira, 2012; Onocko-Campos et. Al, 2012; Moretti-Pires e Corradi-Webster, 2011; O'Dwyer et. Al, 2009; Barros et. Al, 2009; Campos et. Al, 2009; Silva, 2009; Oliveira, 2009; Ceccim e Pinto, 2007; Vallim et. Al, 2006). E dentre os determinantes para a escolha dos profissionais destacam-se o tamanho da população, o desenvolvimento econômico e sociocultural da comunidade, o IDH, a renda per capita, o poder de compra, o nível de educação e número de leitos hospitalares, e os tipos de vínculo (Barros et. Al, 2009; Ceccim et. Al, 2007, Vallim et. Al, 2006).

A alta rotatividade de profissionais associada à escassez em algumas localidades compromete a continuidade do cuidado e conseqüentemente a qualidade dos serviços ofertados. (Carvalho e Sousa, 2013; Ferla e Possa, 2013; Moretti-Pires e Corradi-Webster, 2011). Além da desigualdade na distribuição, há escassez de médicos especialmente em áreas mais vulneráveis e remotas (Barbosa et al, 2018).

No Brasil houve uma retomada do planejamento da Força de Trabalho em Saúde (FTS) nos anos 2000, reunindo organismos internacionais em torno do tema, com importantes marcos regulatórios e políticos, como os Fóruns Globais sobre Recursos Humanos para a Saúde, que reuniu especialistas, gestores e profissionais de saúde para pensar estratégias visando o alcance das metas relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, realizados em Uganda em 2008, Tailândia em 2011 e Brasil em 2013 (Portela et al, 2017).

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) em 2003 representou um marco e uma mudança positiva nas políticas públicas no campo (Machado e Ximenes, 2018), na medida em que não só reconheceu sua importância, mas criou uma pasta dedicada a esta pauta, que entrou para a agenda de governo

como prioritária e estratégica, em condição de igualdade com todos os demais objetivos estratégicos do Ministério da Saúde.

No entanto, apesar de alguns avanços, persistem muitos desafios relacionados à distribuição desigual da força de trabalho no país, o desequilíbrio entre a oferta e a demanda nos serviços públicos, formas de contratação, tipos de vínculo e mecanismos de remuneração, deficiência de pessoal qualificado, (Carvalho et al, 2013).

Algumas iniciativas foram desenvolvidas ao longo do tempo para estimular a formação, provimento e desenvolvimento da FTS, tais como o Projeto Larga Escala, para capacitação de nível médio; o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU); o Projeto GERUS, Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Portela et. al, 2017); Projeto Rondon; Programa de Interiorização do SUS (PISUS); Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Telessaúde; Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência); Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES); Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos (Oliveira et al, 2017).

Ressalte-se que essas iniciativas colaboraram para o desenvolvimento das profissões de saúde, especialmente da medicina, enfermagem e odontologia, fortalecendo a estrutura, formação e gestão da atenção básica.

E mesmo com todos os desafios enfrentados pela FTS, a experiência com a expansão da atenção básica no Brasil tem sido reconhecida internacionalmente, com resultados expressivos na saúde da população, o que reforça a importância do investimento no provimento de profissionais, de modo a garantir a oferta de serviços adequados e de qualidade (Bousquat et al, 2017).

O objetivo deste estudo é analisar o panorama das 3 categorias profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas), analisando ao longo do período de 5 anos o total de vínculos ativos, tipos de vínculo e natureza jurídica, com base nos dados da RAIS, de modo a visualizar as principais tendências na distribuição da FTS.

## **Metodologia**

A partir da Portaria GM/MS nº 576, de 19 de setembro de 2011, que estabelece a identificação e composição das equipes da ESF com saúde bucal, definiu-se a população para o estudo dos vínculos: médicos, enfermeiros e dentistas, que compõem as equipes de atenção básica.

Para analisar a tendência na distribuição e concentração desses profissionais, em nível nacional, o período definido para o levantamento de dados foi 2012 a 2016. O ano de 2016 foi escolhido para as mesmas análises de distribuição desses profissionais nas 5 macrorregiões brasileiras.

Os dados sobre os vínculos formais desses profissionais foram extraídos da RAIS, Relação Anual de Informações Sociais, que é um Registro Administrativo, de periodicidade anual, criada com a finalidade de suprir as necessidades de controle, de estatísticas e de informações às entidades governamentais da área social, para o acompanhamento e a caracterização do mercado de trabalho formal. As bases de dados da RAIS foram acessadas através do Programa de Disseminação de Estatísticas do Trabalho (PDET), no site: <http://pdet.mte.gov.br/>.

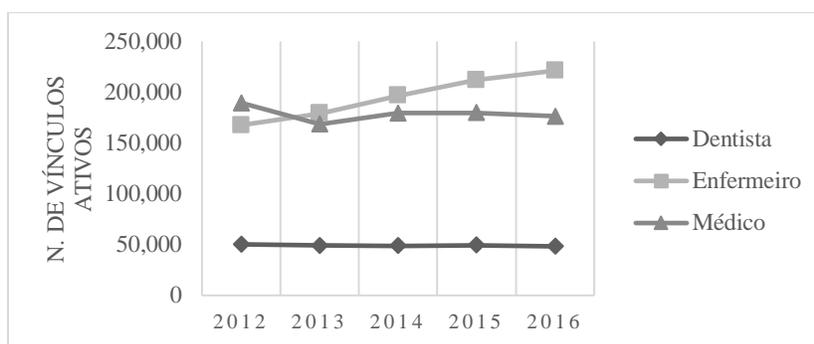
Para este estudo, optou-se pela não utilização do Indicador RAIS Negativa (sem vínculos declarados) e da variável ignorados nas diversas desagregações. Para a descrição da distribuição de vínculos ativos, em nível nacional e por macrorregião, foram consideradas as seguintes variáveis, categorias e níveis de desagregação na correlação dos dados: geográfico (Brasil e Unidades Federativas, cujos dados foram utilizados para a composição das 5 macrorregiões geográficas), Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) Ocupação 2002 (médico clínico, médico generalista, médico pediatra, médico ginecologista e obstetra, enfermeiro e cirurgião dentista – clínico geral), tipo de vínculo, natureza jurídica do provimento, faixa de horas contratuais e motivos de desligamento do vínculo. Destaque-se que de acordo com a Portaria 576/2011 na categoria médica são aceitos as 5 CBO acima descritos para composição das equipes.

Com esse estudo, buscou-se compreender como se deu a distribuição, nos períodos estudados, de profissionais estratégicos para a organização da assistência na atenção básica. Ressalte-se que a análise é referente aos profissionais formalmente registrados na RAIS e que, potencialmente, poderiam atuar na atenção básica.

## Resultados

No nível nacional, ao longo do período de 2012 a 2016, observou-se uma tendência de crescimento no número de vínculos ativos dos enfermeiros, com variação percentual positiva de 32% no final de 2016. Os médicos tiveram o segundo maior estoque de vínculos no período e, assim, como os dentistas, apresentaram ligeiras oscilações e variação percentual negativa nos totais de vínculos ativos ao fim do período, -7% e -4%, respectivamente, Figura 1.

Figura 3- Tendência da Distribuição de vínculos ativos de profissionais de saúde. Brasil, 2012 a 2016



**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria.

**Nota:** \*Profissionais da saúde – Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

A maioria da contratação de profissionais se deu por meio dos seguintes vínculos: Estatutário; CLT U/PJ Ind. (trabalhador urbano vinculado a empregador pessoa jurídica por contrato de trabalho regido pela CLT, por prazo indeterminado) e Estatutário. Os enfermeiros foram os mais contratados por meio do vínculo CLT U/PJ Ind., que apresentou crescimento de 45% nessa forma de contratação, no final do período. Embora os médicos e dentistas tenham sido contratados, em sua maioria, por meio do vínculo Estatutário, apresentaram queda nesse tipo de vínculo de 12% e 2%, respectivamente (Anexo A).

O vínculo Estatutário RGPS (Regime Geral de Previdência Social) foi o terceiro tipo de contratação dos dentistas, com crescimento de 7% no período. O vínculo Estatutário não Efetivo foi o 3º maior na contratação de enfermeiros, mas sem crescimento no período, e de médicos, com variação percentual negativa de 18%.

Quanto à natureza jurídica do contratante, o Poder Executivo Municipal foi o que mais contratou as 3 categorias profissionais, sendo que houve no final do período um crescimento nas contratações por esse ente de 34% para enfermeiros e de 5% para dentistas. Já para os médicos, houve ligeira queda (1%) nas contratações pelo mesmo ente. O 2º maior contratante de médicos e dentistas foi o Poder Executivo Estadual ou Distrito Federal, contudo houve decréscimo no número de contratações por esse ente, com uma variação percentual negativa de 29% para os médicos e de 18% para os dentistas. Para os enfermeiros, a 2ª maior contratação se deu pelo ente Outras Organizações – Associação Privada, com crescimento de 40% no final do período. O Poder Executivo Estadual ou Distrito Federal foi o 3º maior contratante de enfermeiros, com aumento de 11% nas contratações, ao se comparar os anos de 2012 e 2016.

Houve um padrão seguido por cada categoria em termos de Faixa Hora Contratual, ao longo do período. A maioria dos vínculos de dentistas foi na faixa de 16 a 20 horas de trabalho semanais, com uma média de 17.805,4 vínculos, mas com diminuição de 9% no final do período. O 2º maior número de vínculos de dentistas foi na faixa de 31 a 40 horas, com média de 13.459 vínculos e crescimento de 8% no final do período.

A contratação de enfermeiros foi maior na faixa de 31 a 40 horas semanais, com média de 106.862,8 vínculos, e aumento de 41% em 2016, quando comparada com a mesma faixa em 2012. Em segundo lugar, a faixa de 21 a 30 horas, com média de 43.623,8 vínculos e crescimento de 28% nos vínculos, em 2016. Em 3º lugar, a contratação de enfermeiros se deu na faixa de 41 a 44 horas, média de 37.639 vínculos e crescimento de 20% ao se comparar os anos de 2012 e 2016.

O maior número de vínculos médicos se deu na faixa de 16 a 20 horas, com média anual de 57.446,4 vínculos e ligeira diminuição no período. A faixa de 21 a 30 horas foi a segunda maior na contratação de médicos, com média de 46.782,6 vínculos, contudo, a contratação nessa faixa reduziu em 6%. A faixa de 31 a 40 horas contratuais teve aumento de 8% nas contratações (2016), com média de 41.321,4 vínculos, e foi a 3ª maior faixa de horas contratuais em número de vínculos médicos.

O total de desligamentos, considerando todos os tipos de desligamentos e as três categorias profissionais, foi de 4.465 no período. A média anual de desligamento por Aposentadoria TS SRES (por tempo de serviço Sem Rescisão Contratual) dos dentistas foi

de 87,0; a dos enfermeiros de 289,6 e a dos médicos de 375,4 vínculos desligados. A segunda razão de desligamento, Aposentadoria ID SRES (por idade Sem Rescisão Contratual), apresentou um total de 490 vínculos desligados no período, e médias anuais de 3,8; 18,2 e 76,0 para dentistas, enfermeiros e médicos, respectivamente.

A categoria profissional que mais se aposentou foi a dos médicos: com um total de 2.316 vínculos desligados no período e média anual de 375,4; 76,0 e 11,8 para as “razões” Aposentadoria TS SRES, Aposentadoria ID SRES e Aposentadoria Esp SER (aposentadoria especial Sem Rescisão Contratual), respectivamente.

Houve 1.685 desligamentos de vínculos de enfermeiros sendo que, desse total, 1448 foram por Aposentadoria TS SRES (média de 289,6), 91 por Aposentadoria ID SRES (média de 18,2) e 146 por Aposentadoria Esp SER (média de 29,2).

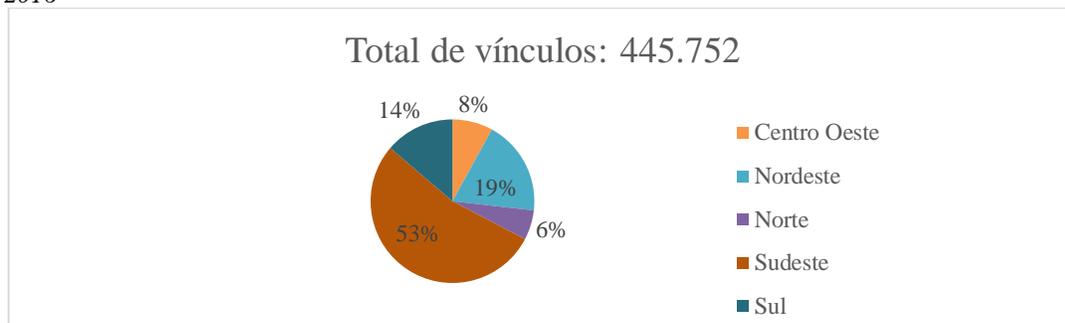
Os desligamentos de vínculos de dentistas se deram mais por Aposentadoria TS SRES (total de 435), seguidos por Aposentadoria ID SRES e somente 10 por Aposentadoria Esp SER, totalizando 464 desligamentos no período.

Considerando as 3 categorias profissionais, a maior razão de desligamento no período foi a Aposentadoria TS SRES e a 2ª maior a Aposentadoria ID SRES.

### ***Macrorregiões***

Para proceder com a análise por macrorregião, concentrou-se no levantamento de dados apenas do ano de 2016 e o resultado demonstrou que o Sudeste foi responsável por 53% de todo o estoque de vínculos de profissionais de saúde considerados neste estudo, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra. Em seguida, destacaram-se as macrorregiões Nordeste (19%) e Sul (14%), Figura 2.

Figura 4 - Distribuição percentual de vínculos de profissionais da saúde\* por macrorregião. Brasil, 2016

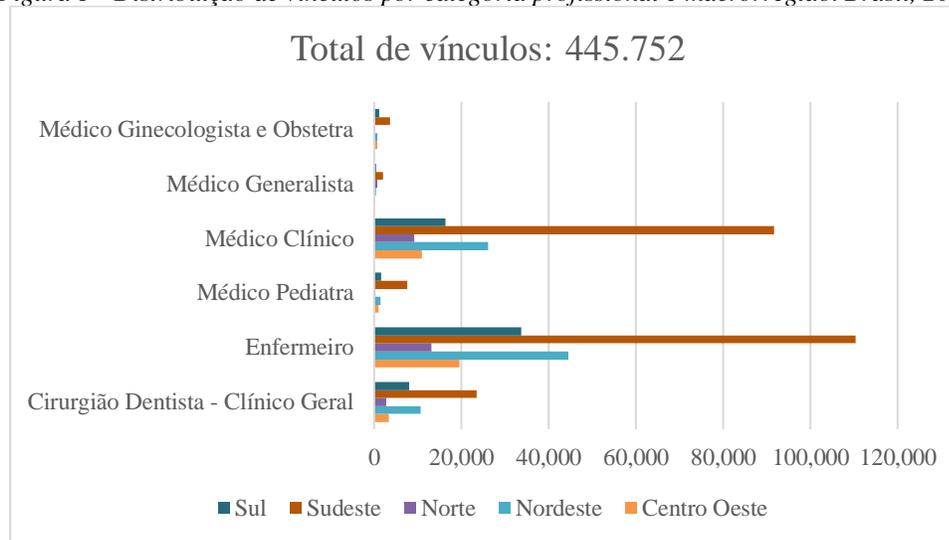


**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria.

**Nota:** \*Profissionais da saúde – Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

Nas 5 macrorregiões, os enfermeiros tiveram os maiores estoques de vínculos em 2016. Em segundo lugar, os médicos Clínico e, em terceiro lugar, os cirurgiões dentistas – clínico geral. As outras especialidades médicas tiveram os menores estoques, sendo mais expressivas nas macrorregiões Sudeste e Sul, em comparação com as demais, Figura 3.

Figura 5 - Distribuição de vínculos por categoria profissional e macrorregião. Brasil, 2016

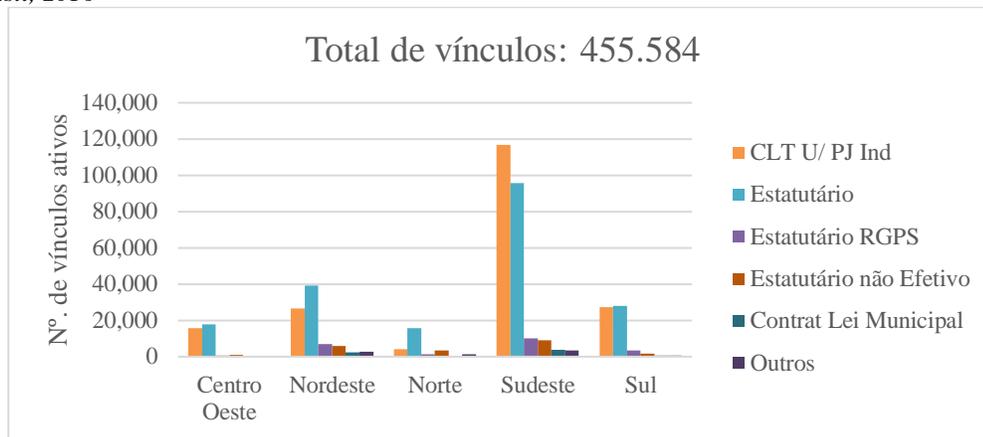


**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria.

Em 2016, o tipo de vínculo com os maiores estoques foi o Estatutário, com exceção da macrorregião Sudeste onde o CLT/PJ Ind. foi o mais relevante. Os vínculos de Estatutário

RGPS, Estatutário não Efetivo e Contrato Lei Municipal, embora façam parte dos 5 tipos mais representativos, a nível nacional, não tiveram grandes estoques de vínculos, Figura 4.

Figura 6 - Distribuição de vínculos de profissionais de saúde\* por tipo de vínculo e macrorregião. Brasil, 2016

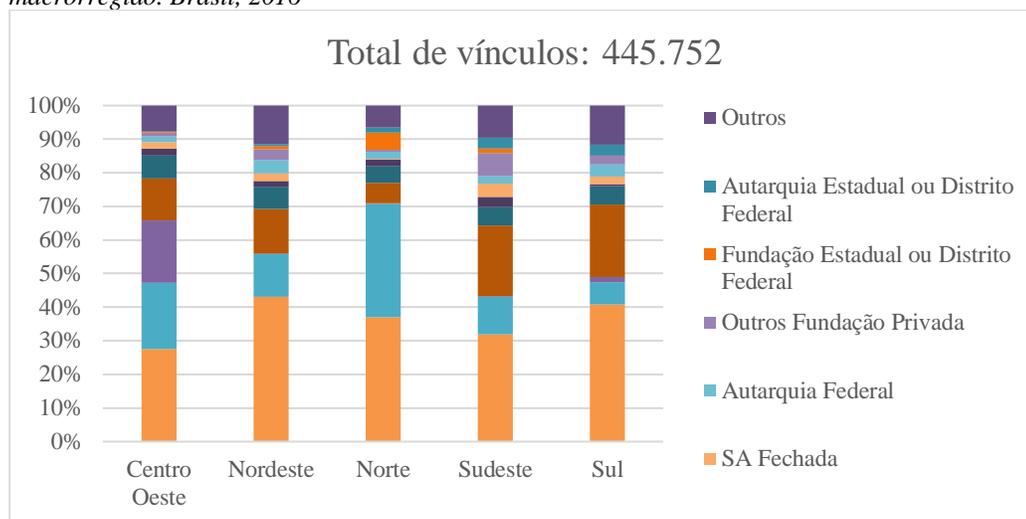


**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria.

**Nota:** \*Profissionais da saúde – Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

Em todo o Brasil, os maiores estoques de vínculos foram do Poder Executivo Municipal, Poder Executivo Estadual ou DF, e Outras Organizações – Associação Privada, em 1ª, 2ª e 3ª posições, respectivamente. No Centro Oeste, o ente Empresa Pública se destacou sendo um dos três com maiores estoques na macrorregião. A maior parte dos estoques de vínculos nas macrorregiões Nordeste e Sul foram do Poder Executivo Municipal, além disso, no SUL, o ente Outras Organizações – Associação Privada teve destaque como o 2º maior em estoque de vínculos. Na macrorregião Norte, os dois entes que se sobressaíram foram o Poder Executivo Municipal, seguido pelo Poder Executivo Estadual ou Distrito Federal, Figura 5.

Figura 7 - Distribuição percentual de vínculos de profissionais de saúde\* por natureza jurídica e macrorregião. Brasil, 2016

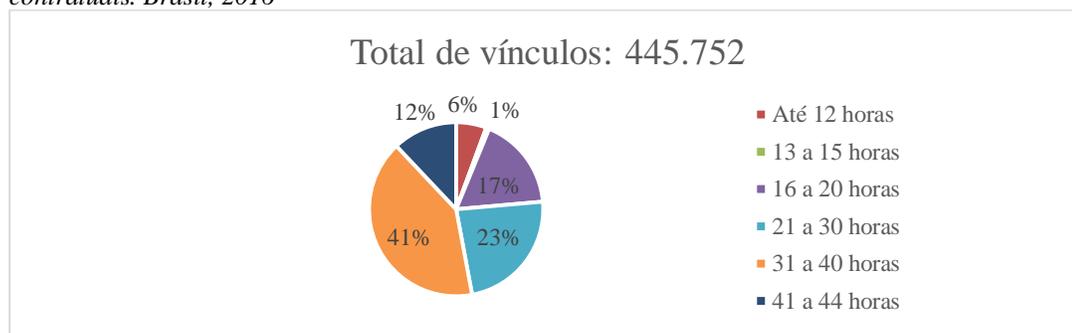


**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria.

**Nota:** \*Profissionais da saúde – Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

Considerando o total nacional de vínculos das categorias profissionais estudadas, pode-se dizer que a maioria dos profissionais trabalhou de 16 a 40 horas semanais. A faixa de 31 a 40 horas semanais de trabalho deteve 41% dos vínculos. As outras 2 faixas com maiores estoques foram 21 a 30 horas (23%) e 16 a 20 horas (17%), Figura 6.

Figura 6 - Distribuição percentual de vínculos ativos de profissionais da saúde\* por faixa de horas contratuais. Brasil, 2016

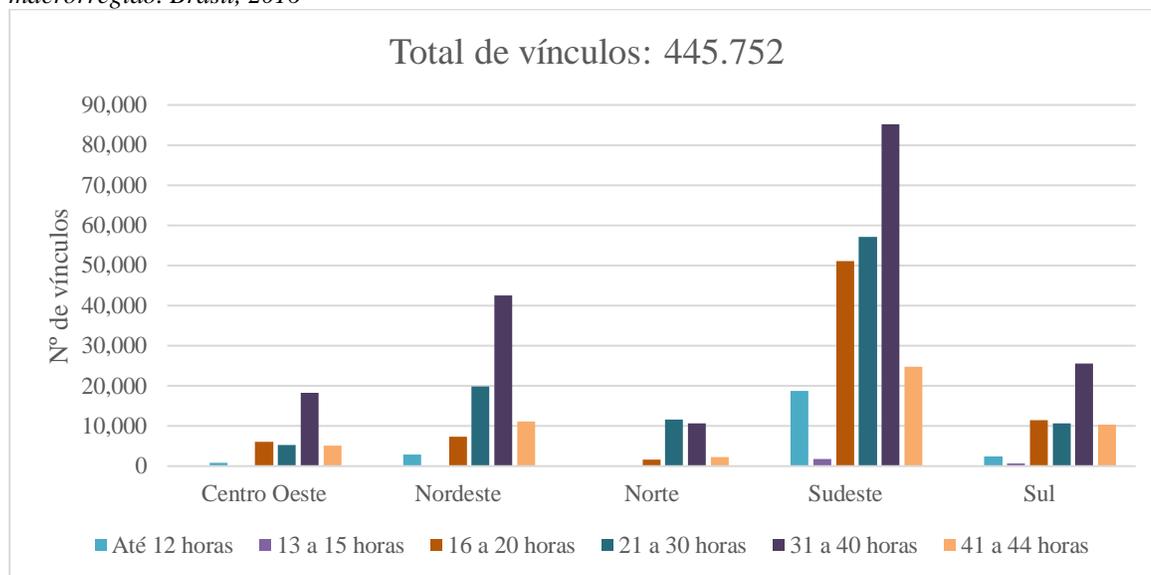


**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria.

**Nota:** \*Profissionais da saúde – Dentista Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

Na macrorregião Sudeste, a faixa de horas contratuais com maior número de vínculos foi a de 31 a 40 horas, seguida pelas faixas de 21 a 30 horas e 16 a 20 horas. Em todas as macrorregiões, a faixa com menor estoque de vínculos foi a de 13 a 15 horas de trabalho semanal, Figura 7.

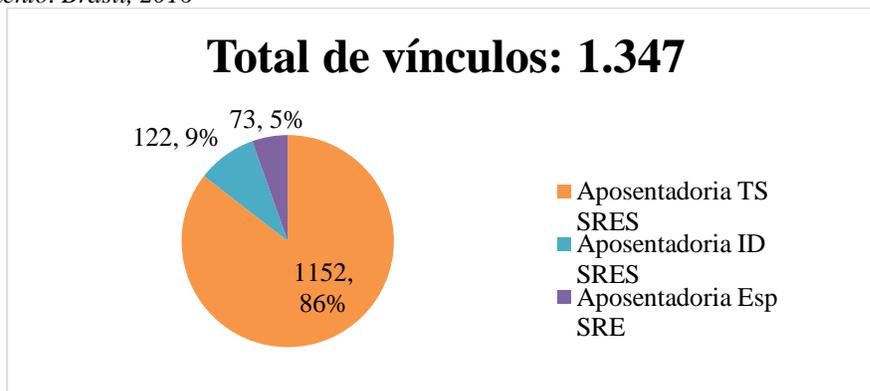
Figura 8 - Distribuição de vínculos ativos de profissionais da saúde\* por faixa de horas contratuais e macrorregião. Brasil, 2016



**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria. **Nota:** \*Profissionais da saúde – Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

Dos 445.752 vínculos ativos, apenas 1.347 (0,3%) foram desligados em 2016. A maior razão de desligamento foi a Aposentadoria TS SRES (por tempo de serviço), contabilizando 1.152 (86%). A Aposentadoria ID SRES (por idade) representou apenas 9% dos desligamentos e a aposentadoria especial 5%, Figura 8.

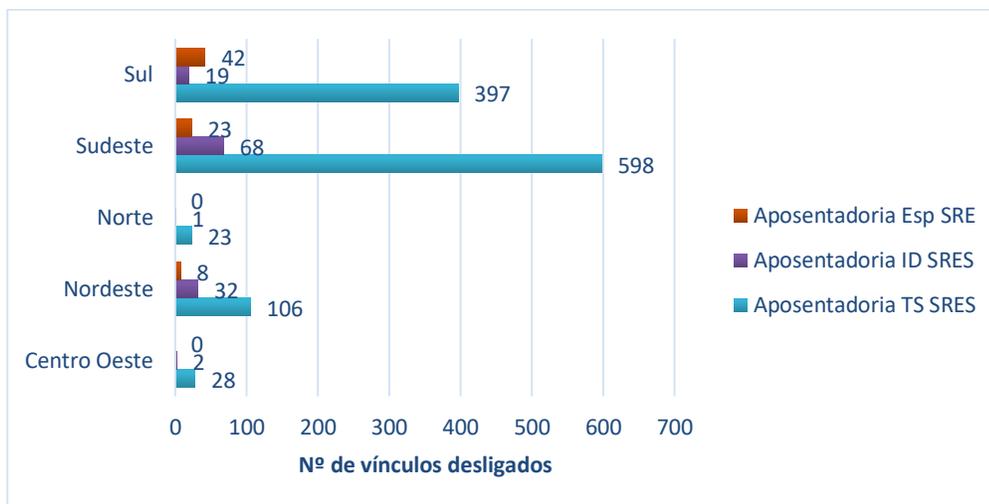
Figura 9 - Distribuição percentual de vínculos desligados de profissionais de saúde\* por tipo de desligamento. Brasil, 2016



**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria. **Nota:** \*Profissionais da saúde – Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

O Sudeste (689), Sul (458) e Nordeste (146) foram as macrorregiões com os maiores desligamentos de vínculos, com a predominância do desligamento por Aposentadoria TS SRES. No Sudeste e Nordeste a segunda maior razão de desligamento foi a Aposentadoria ID SRES, já no Sul foi a Aposentadoria Esp SRE.

Figura 10 – Distribuição de vínculos desligados de profissionais de saúde\* por tipo de desligamento e macrorregião. Brasil, 2016



**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mte.gov.br/>. Elaboração própria. **Nota:** \*Profissionais da saúde – Cirurgião Dentista, Enfermeiro e Médicos (Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista, e Médico Ginecologista e Obstetra).

## Discussão

O enfrentamento do quadro de iniquidade na distribuição da força de trabalho revela-se como prioridade para a resolução dos problemas de saúde global (Miguelote et. al, 2008). A equidade na distribuição dos profissionais dentre as regiões de saúde se constitui em fator primordial para a implementação e consolidação das políticas do setor.

A temática da migração, provimento e fixação deve ser analisada em um contexto ampliado, problematizando o cenário político-institucional, que se coloca como desafio para a desconstrução do senso comum que tende a culpabilizar o profissional pela “escolha” dos grandes centros para sua fixação, como se esta fosse uma opção desvinculada das condições objetivas de vida e trabalho no território.

E nesse sentido podemos observar que a conformação da FTS tem sido afetada pelas principais tendências das normativas de saúde, que impulsionaram o crescimento das categorias profissionais da saúde como um todo, trazendo para a centralidade a necessidade de composição multiprofissional das equipes, em detrimento de um olhar centrado exclusivamente no médico.

Isso pode ser observado nos resultados desta pesquisa, que constatou na análise dos dados nacionais do período 2012-2016, o crescimento da enfermagem em comparação com as outras categorias. A enfermagem tem tido grande destaque nas políticas de saúde, especialmente no desenvolvimento da atenção básica, que tem neste profissional um dos seus principais agentes de viabilização.

De modo geral, observou-se a prevalência dos vínculos estáveis, que proporcionam maior sustentabilidade das ações no sentido da continuidade dos trabalhos. A precarização dos vínculos é uma das principais questões da gestão do trabalho que, além de prejudicial para a população atendida, é também um fator de adoecimento para o trabalhador, que interfere diretamente em seu processo de trabalho. A forma de contratação do profissional precariza também a relação de trabalho e está diretamente vinculada à rotatividade, muito embora a estabilidade do vínculo deva ser analisada em consonância com os demais determinantes, possuindo uma importância, mas não podendo ser analisada isoladamente (Morici e Barbosa, 2013; O'Dwyer et. Al, 2009).

Constata-se em geral o protagonismo do executivo municipal no provimento da FTS, em consonância com os pressupostos da descentralização, embora a complexidade do

território brasileiro, de dimensões continentais, imponha uma série de dificuldades para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente pelas desigualdades socioeconômicas e as limitações dos municípios de pequeno porte nas responsabilidades sobre as políticas públicas (Noronha, Lima e Machado, 2006:23).

Outro fator que deve ser destacado é relativo às horas semanais contratadas. Existe uma variação entre as categorias que deve ser analisada também em relação aos territórios. Isso porque a maior disponibilidade de ofertas de contratos de trabalho provavelmente interfere no acúmulo de vínculos, considerando que esta possibilidade é facultada ao profissional de saúde. Observou-se que a enfermagem concentrou maior número de contratos entre 31 e 40 horas semanais, enquanto a maior prevalência entre os médicos foi de 16 a 20 horas. Novamente baseando-se nos princípios da atenção básica, a quantidade de horas do profissional nas unidades de saúde interfere diretamente no vínculo destes com a população atendida, sendo desejável um maior tempo de permanência para maior qualidade do atendimento.

Entre os dentistas houve uma redução de contratos de 16-20 horas que é compensada pelo aumento dos contratos com jornada de 31-40 horas, que pode ter sido motivada pela inserção da categoria na Equipe da ESF, enquanto entre os enfermeiros houve aumento de contratos em todas as faixas.

Outro fator relevante são os desligamentos que, em sua maioria, decorrem das aposentadorias. Isso demonstra a permanência dos profissionais de saúde que, em geral, permanecem nos vínculos com pequenas variações ao longo do período observado, com tendência à queda de cobertura de assistência por médicos, em função de menor carga horária e maior quantitativo de aposentadoria.

Ressalte-se que o período delimitado por este estudo, de 2012 a 2016, pode ter sido influenciado pelas principais políticas e normativas de saúde, especialmente aquelas que envolveram mais diretamente as categorias aqui apresentadas. O Brasil adotou políticas de saúde que abarcaram uma série de profissões de saúde que, se antes estavam relegadas a um segundo plano, assumiram um protagonismo na operacionalização da Política, com provimento desejado e previsto em lei, como foi o caso da Estratégia Saúde da Família, que incluiu os enfermeiros e odontólogos às equipes de saúde e a Política Nacional de Saúde

Bucal com o Programa Brasil Sorridente, que reorganizou a Atenção Primária em Saúde Bucal.

As principais iniciativas de incentivo à atuação na atenção básica e em locais de difícil acesso foram a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) 2011, o incentivo aos devedores do FIES para médicos com atuação na atenção básica e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (Fontenelle, 2012).

Historicamente, as regiões Sudeste e Sul concentravam maior número de profissionais de saúde. No entanto, a análise por macrorregião, concentrada nos dados de 2016, demonstrou que apesar da região Sudeste, que ocupa 10,9% do total do território, se manteve com a maior concentração de vínculos, foi seguida da Região Nordeste, que passou a frente da região Sul no estoque de vínculos profissionais analisados.

A ampliação da Atenção Básica com a atuação da ESF pode ser um dos responsáveis por esta mudança, já que a região Nordeste apresentou em 2015 76% de cobertura, ampliando o acesso da população, especialmente daqueles com menores níveis de renda e escolaridade (Viacava et al., 2018).

Além disso, outro fator relevante foi a expansão do ensino superior das graduações de saúde na região Nordeste, que apresentou em 2015 um significativo crescimento, passando de 15% para 20,3% (Machado e Ximenes, 2018).

A região Norte permanece com o menor estoque de vínculos de profissionais de saúde em relação às demais macrorregiões, mesmo ocupando 45% do território nacional, considerando-se os sete estados da região Amazônica (Machado e Ximenes, 2018).

A abrangência é a principal vantagem da RAIS como fonte de informação, visto que permite o cruzamento e desagregação de diversas variáveis, nos níveis ocupacionais, setoriais e geográficos. Contudo, a omissão, a declaração fora do prazo legal, bem como o erro de preenchimento, decorrente de informações incompletas ou incorretas, são algumas das principais limitações de seu uso.

### **Considerações Finais**

A compreensão das tendências na distribuição da FTS, em especial das categorias que atuam nas equipes mínimas da ESF, é essencial para o planejamento e desenvolvimento de

estratégias de atração e fixação de profissionais de saúde, de modo a minimizar as iniquidades no acesso e oferta de serviços no âmbito da atenção básica e nos demais níveis de atenção do SUS. Destaque-se que as desigualdades regionais podem afetar diretamente a retenção de profissionais, conforme demonstram os estudos sobre provimento e fixação.

Em que pesem todos os desafios ainda existentes, a distribuição dos profissionais apresentou, no panorama nacional, o esforço municipal em cumprir o seu protagonismo no provimento da FTS, o crescimento da enfermagem e a prevalência de vínculos estáveis. Já no panorama macrorregional observou-se uma tendência de redistribuição que, ainda que timidamente, já demonstra os resultados sobre os investimentos na interiorização e ampliação da atenção básica, como foi o caso da região Nordeste que superou a região Sul no estoque de vínculos profissionais.

## Referências

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. 2018, v. 42

BARROS, S. G.; PRATES, A.; MOURA, A. P.; LEITE, M.; BAGDEVE, T. Distribuição de cirurgiões dentistas pelo território do Estado da Bahia 2007. **Rev. baiana saúde pública**;33(2)abr.-jun. 2009. tab, mapas.

BOUSQUAT, Aylene et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 576, de 19 de setembro de 2011.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 44, p. 13-24, 2009.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface comun. saúde educ**;17(47): 913-926, out.-dez. 2013.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, Sept. 2013.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, nº 1, jan./abr 2007. p. 266-677.

FERLA, A. A.; POSSA, L. B. - Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema? **Interface comun. saúde educ**;17(47): 927-928, out.-dez. 2013.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.

KITAJIMA, A.; MOREIRA, M. A. Processo organizativo de saúde no município de Borba (AM): a ousadia de fazer a Atenção Básica acontecer no interior do Amazonas. **Divulg. saúde debate**;(48): 73-81, jun. 2012.

MACHADO, Maria Helena e XIMENES, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 3 Maio 2019] , pp. 1971-1979.

MIGUELOTE, V. R. S. et al. Distribuição da força de trabalho: equidade e negociação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 317-338, 2008.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Rev Lat Am Enfermagem**;19(spe): 813-820, maio-jun. 2011. tab.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. adm. pública**;47(1): 205-225, jan.-fev. 2013. tab.

NORONHA, J.; LIMA, L. e MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**;14(5): 1881-1890, nov.-dez. 2009. ilustr.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, Apr. 2017.

OLIVEIRA, M. S. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. **Divulg. saúde debate**;(44): 29-33, maio 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S.; FERRER, A. L.; CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C. A. P.; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saude Publica**;46(1): 43-50, fev. 2012.

PORTELA, Gustavo Zoio et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 7 [Acessado 3 maio 2019], pp. 2237-2246.

SILVA, S. F. Formação e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde: um debate necessário e urgente. **Divulg. saúde debate**;(44): 25-28, maio 2009.

VALLIM, S.; VIEIRA, A. M. L.; OSIANO, V. L. Qualis: a Estratégia Saúde da Família em 101 municípios do Estado de São Paulo. **Rev. adm. saúde**;8(32): 115-123, jul.-set. 2006.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018 .

Tabela 3 ANEXO A – Distribuição e média de vínculos de profissionais da saúde\* por ano, tipo de vínculo, natureza jurídica, faixa de hora contratual e motivo de desligamento. Brasil, 2012 a 2016

Vínculos por ano	2012			2013			2014			2015			2016			Média - Período		
	407.433			396.715			425.041			441.227			445.752			423.233,6		
Vínculos por categoria e ano	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M
	50.281	167.633	189.519	49.237	179.024	168.454	48.932	196.667	179.442	49.351	212.090	179.786	48.279	221.234	176.239	49.219,5	195.552,5	178.813,7
<b>Tipo de Vínculo</b>																		
CLT U/ PJ Ind	13.111	81.747	53.220	12.912	88.878	50.795	12.366	99.251	55.167	12.739	110.768	57.045	12.489	118.844	59.612	12.723,4	99.897,6	55.167,8
Estatutário	27.513	62.468	105.384	27.401	66.409	94.655	27.247	72.348	99.853	27.290	74.631	97.173	26.905	76.880	92.787	27.271,2	70.547,2	97.970,4
Estatutário RGPS	4.828	8.089	13.242	4.397	7.791	5.871	4.798	8.604	6.569	4.882	9.444	6.844	5.149	10.177	6.679	4.810,8	8.821,0	7.841,0
Estatutário não efetivo	3.210	8.422	12.484	3.277	9.417	12.513	3.007	9.894	11.011	3.014	10.386	12.446	2.493	8.398	10.240	3.000,2	9.303,4	11.738,8
Contrato Lei Municipal	823	2.277	2.524	629	2.093	2.403	966	3.180	3.932	875	3.398	3.205	749	2.966	3.383	808,4	2.782,8	3.089,4
Outros tipos de vínculo	796	4.630	2.665	621	4.436	2.217	548	3.390	2.910	551	3.463	3.073	494	3.969	3.538	602,0	3.977,6	2.880,6
<b>Natureza Jurídica</b>																		
Poder Executivo Federal	766	3.532	9.997	775	3.642	8.875	728	3.568	7.798	650	3.504	6.686	632	3.895	6.195	710,2	3.628,2	7.910,2
Poder Exe. Estadual ou DF	6.584	21.836	38.327	6.332	24.310	25.107	6.063	22.720	30.550	5.733	23.018	30.395	5.404	24.283	27.401	6.023,2	23.233,4	30.356,0
Poder Executivo Municipal	28.051	46.356	65.733	29.985	55.223	69.323	30.253	61.950	70.095	30.096	63.702	68.394	29.541	62.311	65.135	29.585,2	57.908,4	67.736,0
Autarquia Federal	812	3.824	9.407	511	3.422	8.504	511	3.604	8.385	555	3.408	8.115	519	3.465	7.981	581,6	3.544,6	8.478,4
Fundo Público	2.385	6.540	7.216	358	478	435	334	693	717	500	916	837	465	903	697	808,4	1.906,0	1.980,4
Sociedade QT Ltda.	910	12.798	3.373	1.087	16.163	3.870	1.030	17.673	3.647	932	18.953	3.884	900	20.693	4.076	971,8	17.256,0	3.770,0
Outros Fundação Privada	530	10.029	10.039	616	10.356	8.566	687	11.688	10.014	702	12.098	9.998	707	11.577	9.099	648,4	11.149,6	9.543,2
Serviço Social Autônomo	2.243	314	492	2.025	921	529	2.128	842	518	2.304	812	557	2.339	816	524	2.207,8	741,0	524,0
Outras Org. - Assoc. Privada	3.223	37.178	22.314	3.267	39.090	23.461	2.853	44.707	26.062	3.223	48.928	24.895	3.055	52.095	25.699	3.124,2	44.399,6	24.486,2
Outros	4.777	25.226	22.621	4.281	25.419	19.784	4.345	29.222	21.656	4.656	36.751	26.025	4.717	41.196	29.432	4.555,2	31.562,8	23.903,6
<b>Faixa Hora Contratual</b>																		
Até 12 horas	1.456	1.330	32.772	1.533	1.650	17.593	1.554	1.630	20.245	1.599	1.510	20.654	1.935	1.368	21.745	1.615,4	1.497,6	22.601,8
13 a 15 horas	446	71	1.366	494	66	1.502	437	70	1.477	529	104	1.810	594	81	1.896	500,0	78,4	1.610,2
16 a 20 horas	18.637	5.441	55.444	18.092	5.414	57.674	17.617	6.117	60.682	17.648	5.730	58.302	17.033	5.438	55.130	17.805,4	5.628,0	57.446,4

21 a 30 horas	11.374	39.470	49.808	10.780	40.282	42.229	10.920	44.899	48.122	10.582	45.940	46.896	10.139	47.528	46.858	10.759,0	43.623,8	46.782,6
31 a 40 horas	12.929	88.642	40.139	13.234	96.973	39.591	13.270	105.764	39.577	13.920	117.861	43.958	13.942	125.074	43.342	13.459,0	106.862,8	41.321,4
41 a 44 horas	5.439	32.679	9.990	5.104	34.639	9.865	5.134	38.187	9.339	5.073	40.945	8.166	4.636	41.745	7.268	5.077,2	37.639,0	8.925,6
<b>Motivo desligamento</b>																		
Não Desligado	50.280	167.615	189.505	49.153	178.668	167.943	48.819	196.263	178.888	49.245	211.675	179.244	48.119	220.742	175.544	49.123,2	194.992,6	178.224,8
Ano																		
Aposentadoria TS SRES	1	16	14	79	315	413	107	344	433	97	352	437	151	421	580	87,0	289,6	375,4
Aposentadoria ID SRES	0	0	0	3	17	89	5	22	109	5	31	87	6	21	95	3,8	18,2	76,0
Aposentadoria Especial SRE	0	2	0	2	24	9	1	38	12	4	32	18	3	50	20	2,0	29,2	11,8

**Fonte:** RAIS – MTb. Acesso: <http://pdet.mt.gov.br/>. Elaboração própria.

**Notas:** \*Profissionais da saúde – Dentista (D- Cirurgião Dentista), Enfermeiro (E) e Médicos (M - Médico Pediatra, Médico Clínico, Médico Generalista e Médico Ginecologista e Obstetra). Aposentadorias - TS SRES (por tempo de serviço) e ID SRES (por idade).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas questões foram centrais para este estudo. Afinal, como as políticas de saúde vêm contribuindo para a organização da força de trabalho em saúde no Brasil? Por que a discussão sobre valorização da força de trabalho em saúde parece não fazer parte do conjunto de prioridades do SUS, como financiamento, gestão, regionalização? É possível desenvolver as políticas de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, sem considerar os trabalhadores como principais atores nesse processo?

Deparamo-nos com cenários que nos permitiram tirar algumas conclusões. A primeira delas é que, de fato, falta equidade na distribuição de profissionais nas regiões de saúde do Brasil. Por motivos diversos e em parte aqui explorados, os territórios mais afetados com a falta de profissionais são aqueles mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. Apesar de mudanças importantes como a interiorização da formação e melhores condições de trabalho, ainda persiste uma carência importante de profissionais de saúde a serem enfrentadas.

Outra questão importante são as lacunas que ainda fazem parte desse debate, seja por questões políticas e econômicas, ou mesmo pela tendência frente às transformações próprias do trabalho. O contexto atual de precarização do trabalho tem reflexos diretos sobre o sistema de saúde, considerando que, ao afetar o profissional de saúde, produz impactos diretos na prestação dos serviços. A fragilidade dos vínculos contribui para a falta de continuidade do trabalho, prejudicando o vínculo com a população atendida.

E os reflexos da “antipolítica de RH” se fortalecem e precisam ser combatidos. Persiste a necessidade de emprendermos o debate em torno da importância e centralidade do trabalhador da saúde para a implementação do SUS, contribuindo para sua valorização na perspectiva da desprecarização do trabalho e democratização das relações de trabalho, refletindo sobre os fatores que até hoje contribuem para a distribuição desigual e insuficiente dos profissionais de saúde no território brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, TOS et al. Programa Farmácia Popular do Brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 159-172, Oct. 2018.
- ALVES, SMC et al. Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 7, pp. 2223-2235.
- APPOLINÁRIO, F. Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo, Atlas, 2009.
- ARAÚJO, HE et al. Uma discussão sobre os fatores que influenciam as decisões locais de profissionais de saúde – Brasília, DF: UnB: ObservaRH, 2014.
- ASSIS, JT; BARREIROS, CA; JACINTO, ABM; KINOSHITA, RT; MACDOWELL, PL; MOTA, TD et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulg Saude Debate* [Internet]. 2014; 52:88-113.
- ASSUNÇÃO, AA et al. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S193-S201, 2007.
- BAPTISTA, TWF; MATTOS RA. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, RA; BAPTISTA, TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ENSP/FIOCRUZEPSJV/FIOCRUZ; 2011. Disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps) Acesso em: 09 de fevereiro de 2012.
- BAPTISTA, TWF. Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: Um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social; 2003.
- BARBOSA, ACQ et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42
- BARROS, SG; PRATES, A; MOURA, AP; LEITE, M.; BAGDEVE, T. Distribuição de cirurgiões dentistas pelo território do Estado da Bahia 2007. *Rev. baiana saúde pública*;33(2)abr.-jun. 2009. tab, mapas.
- BEIRÃO, ROS; ALVES, CKA. Terapia Ocupacional no Sus: Refletindo Sobre a Normatização Vigente. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, Set/Dez 2010, v. 18, n.3, p 231-246.
- BOUSQUAT, A et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 8 de outubro de 1998. Diário Oficial da União 1998; 9 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Regionalização. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1033-sgep-raiz/dai-raiz/cgci/cgci-11/14145-regionalizacao> n.a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica ao Programa Saúde da Família (PSF) e aos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto GM de 336, 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atenção à saúde pública em saúde mental, ou seja, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, sob tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 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). Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Em portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Centros de Apoio à Saúde da Família - Nasf. Diretrizes para a implantação dos núcleos. Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atendimento de Emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Brasília, 17 de outubro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. 21 Maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde Metodologia de Formulação. Brasília, agosto de 1998.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 576, de 19 de setembro de 2011.

BRASIL. Presidência da República. 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. Brasília, 28 de junho de 2011.

BRASIL. Senado Federal. A Constituição Federal de 1988. Brasília: 1998.

BRAVO, MIS. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, AE et al. (org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Editora Cortez, 2006. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/sumario.htm](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm)

BRUGHA, R; CROWE S. Relevance and effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruitment of Health Personnel – ethical and systems perspectives. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(6):333–336. doi: 10.15171/ijhpm.2015.103

CAMPOS, FE; MACHADO, MH; GIRARDI, SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 44, p. 13-24, 2009.

CAMPOS, GWS; PEREIRA JUNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, Sept. 2016.

CAPELLA, ACN. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. *BIB*, São Paulo, nº 61, 1º semestre de 2006, pp. 25-52.

CARNEIRO, RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 49-59, Mar. 2013.

CARVALHO, M; SANTOS, NR; CAMPOS, GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde Debate* 2013; 37:372-87.

CARVALHO, MS; SOUSA, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface comun. saúde educ*;17(47): 913-926, out.-dez. 2013.

CARVALHO, MN et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível universitário em Unidades Básicas de Saúde Brasil: 2008 - 2013. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, junho de 2016.

CARVALHO, MN et al. Necessidades e dinâmicas da força de trabalho da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 295-302, janeiro de 2018.

CASTRO, JL; VILAR, RLA; GERMANO, RM. Education, ethics, and solidarity in international cooperation. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 143-152, Mar. 2015.

CAVALCANTI, F et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sus: Histórico, Avanços, Desafios e Perspectivas in *Práticas integrativas em saúde*:

proposições teóricas e experiências na saúde e educação / Organizador: Alexandre Franca Barreto. – Recife: Editora UFPE, 2014.

CECCIM, RB. Onde se lê "Recursos Humanos da Saúde", leia-se "Coletivos Organizados de Produção da Saúde": Desafios Para a Educação. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.) Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005. p. 161-180.

CECCIM, RB; PINTO, LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 29, nº 1, jan./abr 2007. p. 266-677.

CECCIM, RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2018, v. 22, n. Suppl 2 [Acessado 6 Março 2019], pp. 1739-1749.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, Oct. 2004.

CINTRA, MS; BERNARDO, MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 37, n. 4, p. 883-896, Dec. 2017.

DAL POZ, MR; SEPULVEDA, HR; COSTA COUTO, MH; GODUE, C; PADILLA, M; CAMERON R, et al. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. Hum Resour Health. 2015; 13:24.

DAL POZ, MR. A crise da força de trabalho em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, Oct. 2013.

ARAÚJO, CA; MICHELOTTI, FC; RAMOS TKS. Programas governamentais de oferta: perfil e motivações dos médicos que migraram do programa de valorização profissional da Atenção Básica (Provab) para mais médicos em 2016. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2017; 1: 1217-28.

DIAS, HS; LIMA, LD; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jun. 2013.

ENGELS, F. Prefácio. In: Marx, Karl. O capital. Crítica da economia política. Volume II. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

FAGNANI E. Política Social no Brasil (1964-2002): Entre a Cidadania e a Caridade. [Tese]. Campinas: UNICAMP - Instituto de Economia; 2005.

FERLA, AA.; POSSA, LB. Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises ou enfrentando o problema? Interface comun. saúde educ;17(47): 927-928, out.-dez. 2013.

FONTENELLE, LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.

GARCIA, ACP. Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

GOMES, DR; MARTINS, PC; NERES, WC. O Nutricionista e a Atenção Básica: Importância de sua Atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.37, n.3, p.553-570 jul./set. 2013.

GUERRA, KCM. Os centros de especialidades odontológicas nos municípios do estado do Rio de Janeiro: uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução financeira [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

HAYHOE, B et al. Integrating a nationally scaled workforce of community health workers in primary care: a modelling study. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 2018, Vol. 111(12) 453–461.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [citado em 2018 17 de abril]. Censo Demográfico: o que é? Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e> n.a.

KINGDON, J. *Agendas, alternatives and public choices*. Boston: Little Brown, 1984.

KITAJIMA, A; Moreira, MA. Processo organizativo de saúde no município de Borba (AM): a ousadia de fazer a Atenção Básica acontecer no interior do Amazonas. *Divulg. saúde debate*;(48): 73-81, jun. 2012.

KROEZEN, M; DUSSAULT, G; CRAVO, I; DIELEMAN, M; JANSEN, C; BUCHAN, J, et al. Recrutamento e retenção de profissionais de saúde em toda a Europa: Uma revisão da literatura e uma pesquisa de vários estudos de caso. *Política de Saúde* 2015; 119: 1517-28. doi: 10.1590 / j.healthpol.2015.08.003.

LUCCHESI, PTR. *Políticas públicas em Saúde Pública* / Patrícia T. R. Lucchese, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

LYSE, S; NANDI, S; KANUNGO, K; VERMA, P; MISHRA, J; MAIREMBAM, D. Estratégias para atração e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e de difícil acesso de Chhattisgarh, Índia: Elas funcionam? *Revista Indiana de Saúde Pública* 2015; 59: 189.

MACHADO, CV; LIMA, LD; BAPTISTA, TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 2.

MACHADO, CV; SALVADOR, FGF; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, June 2011.

MACHADO, MH; XIMENES, FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 3 Maio 2019] , pp. 1971-1979.

MACHADO, MH. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade (org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 257-284.

MARTINS, CP; LUZIO, CA. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 13-22, Mar. 2017.

MARX, K. *Salário, preço e lucro*. São Paulo: Vértice, 1988.

MATTOS, RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, Roseni e Mattos, Ruben Araujo de (org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 8ª Edição – 2009.

MBEMBA, GIC; GAGNON, M-P; HAMELIN-BRABANT, L. Fatores que Influenciam o Recrutamento e Retenção de Profissionais de Saúde em áreas rurais e remotas em Países Desenvolvidos e em Desenvolvimento: Uma Visão Geral. *Jornal da saúde pública em África* 2016; 7 (2).

MENDES, TMC et al. Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. 119, pp. 849-861.

MERHY, EE; FEUERWERKER LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v.1, p. 59-72.

MERHY EE. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco; 2005. p. 195-206.

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

MIGUELOTE, VRS et al. Distribuição da força de trabalho: equidade e negociação. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 317-338, 2008.

MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MINAYO, MCS. *O Desafio da Pesquisa Social*. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM n. 154, de 24 de jan. 2008. Institui os Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

MORETTI-PIRES, RO; CORRADI-WEBSTER, CM. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. *Rev Lat Am Enfermagem*;19(spe): 813-820, maio-jun. 2011. tab.

MORICI, MC; BARBOSA, ACQ. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. adm. pública*;47(1): 205-225, jan.-fev. 2013. tab.

NOGUEIRA, RP. A Força de Trabalho em Saúde. *R. Adm. públ.*, Rio de Janeiro, 17(3):61-70, Jul./Set. 1983.

NORONHA, J; LIMA, L; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella, L et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

O'DWYER, GO; OLIVEIRA, SP; SETA, MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc. saúde coletiva*;14(5): 1881-1890, nov.-dez. 2009. ilus.

OLANGO OJAKAA DS; JARVIS J. Cultivares motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya. *Human resources for health* 2014;12.

OLIVEIRA, CM et al. Uruguai do programa para o aprimoramento da formação da Atenção Básica (PROVAB): desafios para a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva* 20 2015; 20: 2999-3010.

OLIVEIRA, APC et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, Apr. 2017.

OLIVEIRA, MS. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. *Divulg. saúde debate*;(44): 29-33, maio 2009.

ONOCKO-CAMPOS, RT et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, Feb. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The World Health Report - trabalhando juntos pela saúde. [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) . Publicado em 2006.

OSA, JA. Um olhar para a saúde pública cubana. *Estud. av.*, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 89-96, Aug. 2011.

PAIM, JS. Recursos humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PIERANTONI, CR et al. Graduações em Saúde no Brasil: 2000-2010. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS / UERJ - ObservaRH; 2012

PIERANTONI, CR ; VARELLA, TC ; SANTOS MR et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS Physis [internet]. 2008; 18(4):685-704.

- POCHMANN, M. Desestruturação do mercado de trabalho. *Teoria e Debate* 1998; (37).
- PORTELA, GZ; FEHN, AC; UNGERER, RLS; DAL POZ, MR. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22: 2237-46.
- RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: Mota, Ana E et al (org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Editora Cortez, 2006.
- RAWAL, LB; JOARDER, T; ISLAM, SMS; UDDIN, ASM. Developing effective policy strategies to retain health workers in rural Bangladesh: policy analysis. *Human resources for health* 2015;13:36.
- RIBEIRO, JM; MOREIRA, MR; EVANS, PM; SILVA, CMFP. Políticas de saúde e entidades de lacunas no Brasil: uma análise da capacidade regional de prestação de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22: 1031-44.
- RUSSELL, DJ; MCGRAIL, MR; HUMPHREYS, JS. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policymaking. *Australian Journal of Rural Health* 2017;25:5-14.
- SALLUM JR, B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: Sallum JR B. *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. São Paulo: Edusc, 2004; cap.2:47-77.
- SANTOS, SFS; BENEDETTI, TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. Pelotas/RS 17(3):188-194, Jun/2012.
- SCARPARO, A et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 409-415, Dec. 2015.
- SCHEFFER, M et al. *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.
- SHIMIZU, HE; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?. *Revista Brasileira de Enfermagem* [en linea] 2009, 62 (Mayo-Junio): [Fecha de consulta: 6 de marzo de 2019].
- SILVA, RB; ALMEIDA, CGF. Ação antidialógica no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): reflexões de Paulo Freire. *Interações (Campo Grande)* 2018; 19: 265-76.
- SILVA, BVG. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. *Aedos* no 12 vol. 5 - Jan/Jul 2013.
- SILVA, EN et al. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Accessed 9 June 2019], e11.

- SILVA, HM. A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS. [Dissertação] Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro, 1996.
- SILVA, PFA; BAPTISTA, TWF. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. spe, pp. 91-104.
- SILVA, SF. Formação e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde: um debate necessário e urgente. *Divulg. saúde debate*; (44): 25-28, maio 2009.
- SOUSA, MFS et al. Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS e na atenção primária à saúde, no Brasil. *Rev. CEFAC, São Paulo*, v. 19, n. 2, p. 213-220, Mar, 2017.
- STRALEN, ACSV; MASSOTE, AW; CARVALHO, CL; GIRARDI, SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: vias de escassez. *Physis: Revista de Saúde Pública* 2017; 27: 147-72.
- TEIXEIRA, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: Desatando nós, criando laços. in Teixeira, Carmen Fontes; Solla, Jorge Pereira. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Edufba, 2006. *Saladeaula series n°3*. 237 p.
- VALLIM, S; VIEIRA, AML; OSIANO, VL. Qualis: a Estratégia Saúde da Família em 101 municípios do Estado de São Paulo. *Rev. adm. saúde*; 8(32): 115-123, jul.-set. 2006.
- VASCONCELOS, FAG et al. Public policies of food and nutrition in Brazil: From Lula to Temer. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 32, 180161, 2019.
- VIACAVA, F et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018.
- VIANA, LA; BAPTISTA, TWF. Análise de políticas de Saúde. In: Giovanella, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.
- WACHS, F; FRAGA, AB. Educação Física em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, v. 31, n. 1, p. 93-107, setembro 2009.
- WARGAS, T. Perguntas mais frequentes. A Saúde como Política Pública. In: Lucchese, Patrícia T. R. *Políticas públicas em Saúde Pública* / Patrícia T. R. Lucchese, coord, Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.
- ZODPEY, SP et al. Editorial: Educating the Global Workforce for Public Health. *Global Public Health Workforce Education. Frontiers in Public Health*. January 2018, Volume 5, Article 364.