

POLÍTICAS  
DE EMPREGO,  
TRABALHO  
E PREVIDÊNCIA

CÁSSIO DA S. CALVETE  
MÁRIS C. GOSMANN  
ORGANIZADORES

POLÍTICAS  
DE EMPREGO,  
TRABALHO  
E PREVIDÊNCIA



UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO  
GRANDE DO SUL

Reitor

**Rui Vicente Oppermann**

Vice-Reitora e Pró-Reitora  
de Coordenação Acadêmica

**Jane Fraga Tutikian**

EDITORA DA UFRGS

Diretor

**Alex Niche Teixeira**

Conselho Editorial

**Álvaro Roberto Crespo Merlo**

**Augusto Jaeger Jr.**

**Carlos Pérez Bergmann**

**José Vicente Tavares dos Santos**

**Marcelo Antonio Conterato**

**Marcia Ivana Lima e Silva**

**Maria Stephanou**

**Regina Zilberman**

**Tânia Denise Miskinis Salgado**

**Temístocles Cezar**

**Alex Niche Teixeira**, presidente

## **Centro de Estudos Internacionais sobre Governo (CEGOV)**

**Diretor**

Marco Cepik

**Vice Diretor**

Ricardo Augusto Cassel

### **Conselho Superior CEGOV**

Ana Maria Pellini, Ario Zimmermann, José  
Henrique Paim Fernandes, José Jorge Ro-  
drigues Branco, José Luis Duarte Ribeiro,  
Paulo Gilberto Fagundes Visentini

### **Conselho Científico CEGOV**

Cássio da Silva Calvete, Diogo Joel  
Demarco, Fabiano Engelmann, Hélio  
Henkin, Leandro Valiati, Lúcia Mury  
Scalco, Luis Gustavo Mello Grohmann,  
Marcelo Soares Pimenta, Marília Patta  
Ramos, Vanessa Marx

### **Coordenação Coleção Editorial CEGOV**

Cláudio José Muller, Gentil Corazza, Marco  
Cepik

POLÍTICAS  
DE EMPREGO,  
TRABALHO  
E PREVIDÊNCIA

CÁSSIO DA S. CALVETE  
MÁRIS C. GOSMANN  
ORGANIZADORES

© dos autores  
1ª edição: 2014

Direitos reservados desta edição:  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

### **Coleção CEGOV Capacidade Estatal e Democracia**

Revisão: Fernando Preusser de Mattos, Fernanda Lopes  
Silva, Ricardo Fagundes Leães

Projeto Gráfico: Joana Oliveira de Oliveira, Liza Bastos  
Bischoff, Henrique Pigozzo da Silva

Capa: Joana Oliveira de Oliveira

Foto da Capa: Joana Oliveira de Oliveira

Impressão: Gráfica UFRGS

Apoio: Reitoria UFRGS e Editora UFRGS

Os materiais publicados na Coleção CEGOV Capacidade Estatal e Democracia são de exclusiva responsabilidade dos autores. É permitida a reprodução parcial e total dos trabalhos, desde que citada a fonte.

### **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

P769 Políticas de emprego, trabalho e previdência [recurso eletrônico] / organizadores  
Cássio da S. Calvete [e] Máris C. Gosmann. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre:  
Editora da UFRGS/CEGOV, 2014.  
205 p. : pdf

(CEGOV Capacidade Estatal e Democracia)

Inclui figuras, gráficos e tabelas.

Inclui referências.

1. Administração Pública. 2. Economia. 3. Previdência - Servidor público – Brasil.
4. Políticas públicas - Brasil. 5. Previdência social – Gastos – Brasil. 6. Políticas – Emprego – Trabalho – - Previdência - Brasil. I. Calvete, Cássio da S. II. Gosmann, Máris C. III. Série.

CDU 330.34

CIP-Brasil. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.  
(Jaqueline Trombin – Bibliotecária responsável CRB10/979)

ISBN 978-85-386-0487-7

# GESTÃO DO TRABALHO E DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE: ELEMENTOS PARA ANÁLISE

JANICE DORNELLES DE CASTRO

*Professora na Faculdade de Ciências Econômicas e do Programa de Pós-graduação em Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-doutoramento na Escola de Sociologia e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa.*

MARIA ELIZABETH DINIZ BARROS

*Socióloga pela Escola de Sociologia e Política de São Paulo.*

PATRÍCIA TAVARES RIBEIRO

*Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Pesquisadora Adjunta da Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.*

## INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde alcançou posição de destaque na agenda política mundial, determinando a criação de uma área de produção de conhecimento em relação à gestão do trabalho nos sistemas universais de saúde na história recente. A necessidade de dispor de profissionais em número suficiente e com a formação adequada para atender a demanda por cuidados à saúde em sistemas que objetivam cobertura universal é um problema que deve ser resolvido na regulação da produção social de saúde. Os estudos apontam alguns temas que devem ser estudados se o objetivo dos governos for a adoção de políticas públicas eficientes e equitativas. Entre eles, destacam-se o planejamento da formação de trabalhadores, o comportamento do mercado de trabalho em saúde, as condições do trabalho em saúde, o (re)conhecimento das mudanças demográficas e da transição epidemiológica em curso, o mapeamento e desenvolvimento de intervenções voltadas para áreas desassistidas no interior dos países e na periferia das grandes cidades, e, por fim, as perspectivas conceituais e a correspondente operacionalização do direito à saúde.

O presente estudo, de caráter exploratório, tem o propósito de reunir elementos teórico-metodológicos para a análise da gestão do trabalho em saúde no Brasil, com vistas a identificar a contribuição desse campo de atuação governamental na garantia da universalidade e gratuidade do atendimento do sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme determinam a Constituição Federal e a legislação infraconstitucional.

Para isso, procedeu-se à revisão bibliográfica de artigos, relatórios e livros publicados, nos últimos anos, por agências internacionais que tratam do tema, especialmente da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Banco Mundial e da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), além de órgãos governamentais brasileiros como o Ministério da Saúde e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Além disso, foram levantados e revisados artigos publicados em revistas das áreas de economia, administração pública, saúde pública. Com esse objetivo, em sua primeira parte, sistematiza estudos que abordam as tendências internacionais presentes no cenário da gestão do trabalho em sistemas universais de saúde. Na segunda parte, apresenta o cenário brasileiro, em suas especificidades e principais desafios. Assim, pretende-se contribuir para o debate público e produção de respostas e soluções pelos governos e pela sociedade a esse campo de problemas, em que “o ser humano é a medida de todas as coisas”.

## GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: O DEBATE INTERNACIONAL

De acordo com Almeida (1997), a crise fiscal que marcou diversos países nos anos 1990 levou à rediscussão da política de serviços de saúde buscando alternativas de redução de gastos orientadas pelo planejamento das necessidades de mão de obra e pelo volume de recursos públicos mobilizados, que afetaram diretamente a força de trabalho setorial. Essa temática foi tratada em documentos institucionais de organizações internacionais a partir da segunda metade da década dos 2000, no contexto do debate sobre a cobertura universal/sistemas universais de saúde.

Em 2006, a Organização Mundial da Saúde apresentou em seu documento *The World Health Report 2006* (WHO, 2006, p.6) uma estimativa da densidade mínima de trabalhadores em saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) necessária para garantir uma elevada cobertura da assistência aos nascimentos e imunização de sarampo, como sendode 2,28 profissionais por 1.000 habitantes. Naquele ano, 57 países não alcançavam essa marca. Seriam necessários mais 4,3 milhões de trabalhadores em saúde – o que passou a ser o principal objetivo no âmbito internacional. Tal indicador, entretanto, foi considerado falho, por tratar da cobertura de apenas duas áreas e por não levar em consideração muitas outras necessidades dos sistemas de saúde, especialmente aquelas relacionadas com a má distribuição geográfica, e de temas como a capacitação inadequada dos profissionais, a baixa produtividade e a dificuldade de acesso (COMETTO; WITTER, 2013, p. 881; WORLD BANK, 2009).

Em 2009, o Banco Mundial em seu documento *Working in Health* revisou a literatura, examinou os dados disponíveis e realizou estudos aprofundados em Zâmbia, Quênia, Ruanda e na República Dominicana, países com contextos macroeconômicos e fiscais muito diferentes e com práticas de gestão de recursos humanos também muito diversas. Os resultados, contemplando lacunas identificadas no documento anterior, apontaram o importante papel que os trabalhadores em saúde têm para a garantia do aumento do acesso aos serviços de saúde e o forte vínculo existente entre o número de trabalhadores em saúde, a quantidade de serviços ofertada e os resultados ou indicadores de saúde em um país. Reforçaram também, a importância de considerar outras questões que afetam a qualidade dos serviços e a produtividade dos trabalhadores, como a adequada distribuição geográfica e o correto mix de capacitações desses profissionais.

O estudo destaca ainda que, como o setor público é o mais importante provedor de serviços de saúde – e, conseqüentemente, o maior empregador –, torna-se relevante a discussão sobre sua capacidade de planejamento, financiamento, regu-



lação dos mercados de trabalho e formação de profissionais adequados (WORLD BANK, 2009, p.1). No entanto, afirma que o bom desempenho nessas funções é limitado pela insuficiente capacidade para treinar os profissionais, a decisão de profissionais formados de não trabalhar na área da saúde, a migração e, o mais relevante, os limites estabelecidos aos gastos governamentais com salários derivados de políticas fiscais restritivas.

Analisando o processo de orçamentação dos gastos com saúde, de recrutamento e gestão dos trabalhadores, o *Working in Health* critica as políticas restritivas impostas pelo Fundo Monetário Internacional, indicando que podem ter afetado os indicadores de saúde dos países (WORLD BANK, 2009, p.2). Além disso, aponta o descompasso existente entre a necessidade e a efetiva contratação de profissionais, a importância da descentralização e da predefinição dos locais da contratação de trabalhadores, como forma de garantir mão de obra em locais remotos e com dificuldades de acesso.

A alegada limitação financeira para ampliação dos sistemas de saúde, de acordo com Cometto e Witter (2013, p.882), tem origem no modelo de organização proposto em 2006 pela OMS, que preconiza 2,28 profissionais por 1000 habitantes, como referido anteriormente. Segundo o autor, para alcançar esse objetivo alguns países teriam que gastar 50% de seu PIB. Além disso, o modelo considera apenas médicos, enfermeiros e parteiros, mas sabemos que trabalhadores de nível médio, quando apropriadamente qualificados e bem gerenciados, são capazes de manter elevada qualidade da provisão de serviços dos sistemas de saúde com menor custo. Por isso, deve ser considerado, o custo-efetividade na expansão do sistema, garantindo um papel mais importante aos trabalhadores de nível médio, juntamente com a adoção de sistemas de gerenciamento e incentivos para garantir a cobertura universal em saúde. As principais mudanças que devem ocorrer nos países são em relação ao papel do setor público na organização do mercado de trabalho em saúde e a forma como os trabalhadores em saúde são treinados e gerenciados.

Para Cometto e Witter (2013), os seguintes fatores devem ser considerados para planejar a força de trabalho em sistemas universais de saúde:

- a) crescimento populacional e transição demográfica;
- b) aumento das doenças não transmissíveis com a correspondente mudança na demanda por cuidados de saúde;
- c) adaptação das capacitações dos trabalhadores em saúde às mudanças na demanda;
- d) densidade e capacidade de colaboração de outras profissões da saúde de forma ampliar o acesso e a equidade;

e) consideração do papel dos atores não estatais, que não tem sido adequadamente monitorados;

f) identificação de novos indicadores, que reflitam a diversidade das profissões da saúde, a equidade e as necessidades da população, incluindo a questão da distribuição geográfica.

Os autores também afirmam que é importante discutir o conceito de cobertura universal como sendo a garantia em todo o ciclo vital da prestação de uma quantidade considerada essencial de serviços de saúde, que, por sua vez, também irá garantir a produtividade humana e o progresso econômico.

Mais recentemente, o encontro da *Global Thematic Consultation on Health*, o *High Level Dialogue on Health in the Post-2015 Development Agenda*, realizado em Botswana, em março de 2013, teve como resultado o documento *Health Global Meeting Outcome Report*, que definiu uma agenda para desenvolvimento em saúde propondo a ampliação dos Objetivos do Milênio relativos à saúde no período 2015-2030, de modo que seja considerada a continuidade da provisão de cuidados (promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos) e da prestação de serviços (serviços não pessoais, comunitários, e unidades de provisão de atenção primária, secundária e terciária), através de todas as fases da vida.

Segundo Campbell (2013), esses objetivos, que devem se orientar pela universalidade e pela equidade, implicam a estimativa de qual a força de trabalho em saúde será necessária em 2030, para uma cobertura efetiva, de um pacote de cuidados acordado como adequado para as necessidades dos pobres e ricos. Devem ser avaliadas e quantificadas as necessidades, verificando a disponibilidade de capital humano, recursos e possibilidades fiscais. Além disso, o autor afirma ser fundamental traduzir necessidade em um indicativo de quantidade de força de trabalho necessária. Scheil-Adlung (2013) igualmente argumenta que falhas no planejamento em relação ao número, qualificação, e distribuição da força de trabalho em saúde diminuem a viabilidade, aceitabilidade, acessibilidade, e qualidade dos serviços de saúde, o que torna a garantia de condições decentes de trabalho, oportunidades de treinamento e perspectivas profissionais, elementos essenciais ao profissional de saúde.

Contudo, os sistemas de informações sobre trabalhadores em saúde são, em geral, falhos, levando a sérias limitações no planejamento e na definição das políticas. Esses sistemas deveriam ser simples e fáceis de utilizar. Boerma e Siyam (2013) sugerem que sejam utilizadas informações como o número daqueles que entram e saem de instituições formadoras, o de trabalhadores, o de aposentadorias, o local de trabalho, a distribuição geográfica, e sugere ainda, que a avaliação do desempenho seja feita através das competências e da produtividade (BOERMA; SIYAM, 2013).

No que se refere ao mercado de trabalho para a saúde, a revisão das principais características de 26 modelos de projeção desse mercado, em 18 países da OCDE, foi objeto de um estudo conduzido por Ono publicado em 2013 (ONO; LAFORTUNE; SCHOENSTEIN, 2013). O foco principal dos modelos analisados é o trabalho médico, embora alguns deles incluam o trabalho de enfermagem. Segundo o autor, esses modelos não são conclusivos pois, em sua maioria, analisam apenas as tendências demográficas e não incluem outras variáveis do lado da oferta, como os padrões de aposentadoria. Alguns buscam analisar os vínculos dos gastos com saúde e as projeções de futuro, avaliando se diferentes padrões de gasto, levam a diferentes cenários, ou ainda, consideram como a substituição horizontal (especialistas X generalistas) e vertical (médicos X pessoal de nível médio) afetam o mercado. O estudo considera que o planejamento é fundamental, especialmente em função do tempo e do custo para formar profissionais da área da saúde. Propõe que sejam avaliadas a oferta e a demanda por trabalhadores, das diferentes categorias, para o curto e o longo prazos. O planejamento é mais importante e mais complexo, nos casos daqueles países com orçamentos reduzidos, quando essa condição é associada a alterações nas necessidades de saúde.

Outra ordem de problemas foi identificada por Ono, Lafortune e Schoenstein (2013) e resulta de fatores cíclicos que alteram a demanda por determinados profissionais no curto prazo, ou ainda, de fatores estruturais que modificam a demanda no longo prazo. O estudo afirma que esses modelos não são exatos, pois são embasados numa série de presunções, entre elas as variações entre oferta e demanda, as mudanças econômicas e nos serviços de saúde. Além disso, apresentam limites claros, o principal deles o fato de que os modelos de projeção do mercado do trabalho em saúde partem do pressuposto que existe *equilíbrio entre oferta e demanda* para as diferentes categorias de trabalhadores de saúde, portanto não consideram a existência de falta ou excesso de profissionais.

No entanto, a crise econômica de 2008 levou à reavaliação dessa situação, pois se a demanda por médicos e enfermeiras cresceu mais que a oferta até a crise – fazendo com que até então a recomendação das políticas fosse de aumentar o número de médicos e enfermeiros treinados –, a atual preocupação, segundo aquele autor, é existência de um número de médicos e enfermeiros maior que a capacidade de absorção pelos sistemas de saúde submetidos a restrições financeiras. A maioria dos modelos *não inclui salários*. No entanto, os salários ou formas de pagamento influenciam, tanto do lado da oferta, pela atração de novos profissionais, quanto do lado da demanda, uma vez que salários ou pagamentos representam uma parcela significativa dos gastos com saúde e repercutem sobre o número e o mix de trabalhadores que poderão ser empregados em circunstâncias de restrição orçamentária.

Algumas tentativas de vincular as projeções de necessidade de força de trabalho com gastos em saúde foram feitas e, nesses casos, os modelos focaram nas necessidades de *reposição* de mão de obra – o fluxo de aposentadoria e entrada de novos profissionais –, que nem sempre correspondem às modificações das necessidades em saúde. Utilizaram os indicadores de uso dos serviços para determinar a necessidade de força de trabalho futura, pois existe dificuldade de utilizar outros indicadores das necessidades atuais e futuras, que dependem de julgamento normativo e muitas incertezas. Os modelos analisam cada grupo profissional isoladamente – modelos multiprofissionais são mais complexos – e utilizam um conceito estreito de avaliação da produtividade, o de hora/trabalhador. Alguns modelos consideram que o aumento da produtividade ocorrerá em função de inovação tecnológica, e poucos deles consideram a distribuição geográfica dos profissionais. Ademais, existem importantes diferenças entre os países, relativas às prioridades e aos montantes de recursos alocados em força de trabalho em saúde.

Considerando esses achados, os autores indicam algumas recomendações aos países em relação ao planejamento do mercado de trabalho em saúde, que destacamos a seguir. Inicialmente, consideram que essa não é uma ciência exata, portanto necessita de atualizações regulares e que, como em todo planejamento, é necessário saber onde estamos para saber aonde ir, sendo fundamental a organização das informações. Ademais, recomendam que as projeções estejam focadas nas questões estruturais, uma vez que os empregos na área da saúde são menos sensíveis às crises econômicas (ONO; LAFORTUNE; SCHOENSTEIN, 2013, p.11), e existe um período longo de tempo entre a entrada dos estudantes na universidade e a entrada de profissionais no mercado de trabalho. Outras sugestões se referem à necessidade de mais atenção na questão da oferta, relacionada com as aposentadorias, já que as mesmas estão ocorrendo mais tarde e, ainda, que os modelos devem ser multiprofissionais e considerar a questão geográfica.

A distribuição geográfica de profissionais e a dificuldade de fixar médicos em áreas mais pobres ou distantes de grandes centros urbanos são questões que têm merecido atenção de muitos países e têm sido objeto de políticas públicas específicas. Os fatores que interferem na distribuição espacial dos profissionais de saúde são muitos, e a intervenção sobre grande parte deles está fora do espaço decisório setorial. Alguns dizem respeito às condições de trabalho e remuneração – características institucionais do sistema de saúde, vínculos profissionais, remuneração, possibilidades de progressão, oportunidades de conciliar atividades no setor público e no setor privado, possibilidade de realizar estudos de atualização ou aperfeiçoamento profissional, perspectivas de mobilidade profissional. Outros estão associados às possibilidades de usufruir de condições de vida consideradas mais confortáveis e mais características do universo urbano, incluindo condições de habitação, acesso à educação, lazer e cultura, e a intervenção sobre eles exige

políticas multissetoriais integradas e convergentes e, até possíveis instrumentos de localização compulsória do exercício profissional, por tempo determinado.

Alguns estudos evidenciam que o mero crescimento do número de profissionais não tem sido suficiente para superar o problema da desigualdade na distribuição de médicos. Estudo sobre a força de trabalho médica nos EUA, referido por Simoens (2004), aponta que o aumento na densidade média de profissionais no país, de 2.140 para 2.390 médicos por milhão de habitantes entre 1991 e 2001, não ocorreu de modo equivalente entre as regiões. Áreas metropolitanas tiveram aumento de 23% enquanto as não metropolitanas cresceram apenas 10% no período analisado, atenuando, porém mantendo, as desigualdades preexistentes.

Intervenções sobre esse quadro envolvem uma variedade de estratégias, e diversos estudos (CANTOR et al., 1996; SIMOENS, 2004; DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006; DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010), identificaram ações em três dimensões: financeira, educacional e regulatória. Ainda que uma delas possa ser preponderante, a maior parte dos países combina políticas que interveem sobre as três dimensões. Remuneração diferenciada e incentivos financeiros para estimular o trabalho em áreas desassistidas são as formas mais frequentes adotadas pelos países que enfrentam o problema. No Canadá, a província do Quebec adota remuneração diferenciada entre regiões, variando entre 70% e 115% o percentual da taxa básica *Medicare* aplicado dependendo do local onde os médicos atuam, como forma de desestimular a concentração e induzir o trabalho em áreas remotas e regiões isoladas (SIMOENS, 2004). Alguns países cujos sistemas de saúde não realizavam provisão direta, como o Canadá e Nova Zelândia, introduziram regimes assalariados para o exercício profissional em áreas rurais. Também foi introduzida, nesses países e no Reino Unido, a garantia de uma renda mínima para os médicos que atuam em áreas onde a população é escassa. Mas, ao que indicam os estudos, medidas relacionadas à remuneração, ainda que importantes, não têm sido suficientes para a fixação de profissionais em áreas remotas.

Políticas destinadas a intervir sobre a dimensão educacional podem focalizar o recrutamento ou admissão preferencial de estudantes de medicina originários das áreas rurais ou desassistidas, a introdução nos currículos de componente obrigatório de prática nessas áreas, o financiamento de bolsas ou empréstimos que podem ser quitados com serviços em áreas remotas ou desassistidas e o financiamento para educação médica continuada. Medidas como a dispensa ao estudante de pagar o empréstimo se trabalhar em um hospital público ou em clínica de área rural por um determinado período de tempo (Japão), ou o fornecimento de bolsas de estudo ou reembolso de empréstimos a estudantes de medicina em troca de servir em áreas específicas (EUA) têm sido adotadas. A efetividade de políticas com esse propósito depende do contexto em que são implementadas e das condições

do mercado de trabalho. Sempre que houve possibilidade de inserção em condições mais satisfatórias, em áreas urbanas, os beneficiários desses mecanismos preferiram quitar seus débitos e abandonar os postos de trabalho nas áreas desassistidas, apontaram estudos realizados no Canadá e no México (SIMOENS, 2004). Medidas no âmbito regulatório que se destinam a estabelecer regras para a localização do exercício profissional e determinar o número máximo de médicos em atuação em cada localidade têm sido adotadas por diversos países e parecem ser mais efetivas para enfrentar a concentração. Alemanha, Áustria, Inglaterra, Austrália e EUA utilizam alguma forma de regulação que define que novos médicos somente recebem licença para trabalhar em locais onde não seja ultrapassado o número de médicos definidos para cada localidade.

O compartilhamento de funções tradicionalmente exercidas por médicos com outros profissionais de saúde também tem sido crescentemente adotado nos EUA e em países europeus (PULCINI et al., 2010). A atribuição de novas funções a enfermeiras iniciou-se nos EUA e culminou com a regulação dos papéis de *advanced practice nurse*, que tem como principais formas as de *Nurse practitioner* (NP) e *Clinical Nurse Specialist* (CNS). O NP é autorizado a desenvolver uma extensa gama de tarefas, desde a anamnese até diagnóstico e execução de procedimentos definidos, em diversas especialidades. Ao CNS, cabe a gestão de cuidados ao paciente, em articulação com o médico e integrando equipes multidisciplinares. A adoção dessas medidas de expansão de atribuições é, em geral, acompanhada da exigência de formação complementar, em nível de pós-graduação.

Outro recurso que tem sido crescentemente utilizado para assegurar a qualidade da atenção à saúde é a implementação de telemedicina e telessaúde, que correspondem ao uso de novas tecnologias para facilitar a comunicação profissional, a ação colaborativa, o apoio à formação profissional, a educação médica continuada e a ampliação do acesso a serviços e cuidados médicos especializados. O uso dessas ferramentas tem permitido viabilizar o acesso a especialistas, reduzindo a necessidade de locomoção para centros de referência; a melhoria na assistência primária em saúde; o aumento da disponibilidade de recursos para a educação médica e para informação em saúde a comunidades desprovidas de recursos e centros urbanos remotos, além de facilitar pesquisas, avaliações e gestão da saúde. No apoio assistencial, requer o desenvolvimento de sistemas complexos que assegurem a qualidade da atenção e a proteção da privacidade, entre outros requisitos. Canadá, Japão, Nova Zelândia e Estados Unidos da América têm se dedicado a desenvolver *softwares* e padrões de serviços que permitam maximizar as possibilidades de uso dessas tecnologias para ampliar acesso e cobertura dos sistemas de saúde. No Brasil, o Telessaúde tem se expandido gradualmente, envolvendo a implementação do Cartão Nacional de Saúde e do Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (Cievs) bem como a integração do Telessaúde Brasil Redes com a Uni-

versidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e com a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), vinculada à Rede Nacional de Ensino e Pesquisa do Ministério da Ciência e Tecnologia (BARROS, 2013).

## O TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL: ESPECIFICIDADES E DESAFIOS

Para discutir a política brasileira em relação ao planejamento e formação da força de trabalho em saúde, foram analisados legislação e documentos publicados pelo governo federal e dados relacionados à questão da força de trabalho em saúde. As questões que afetam os trabalhadores da saúde em nível mundial são as mesmas que afetam os trabalhadores brasileiros, desde que consideradas as especificidades históricas do desenvolvimento do Brasil e do Sistema Único de Saúde. De acordo com Campos, Machado e Girardi (2009, p.16), a carência persistente de mão de obra em saúde, especialmente de médicos, é um grave problema no país e parece haver uma relação entre a distribuição desses profissionais e a renda. Os primeiros diagnósticos dessa situação são da década de 1970, e, desde então, muitos programas com o objetivo de interiorização de médicos foram implantados, como o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), e outros mais recentes, após a criação do SUS, como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

Nas décadas de 1980-90, o país passava por um período de grave crise fiscal e vulnerabilidade cambial, com hiperinflação e desorganização das finanças públicas, condições que afetaram a capacidade de investir e pagar dívidas. Como consequência, foi um momento em que houve maior influência das agências internacionais na definição das políticas do governo brasileiro, que assumiu a agenda da reforma do Estado, com a privatização de empresas, infraestrutura, a diminuição do funcionalismo público e de programas sociais, estabilização macroeconômica, globalização e investimento externo (COSTA; LAMARCA, 2013). Por outro lado, surgiam no mesmo período novas lideranças na arena política, representadas nos poderes legislativo, judiciário e nos entes federados – estados e municípios –, que foram responsáveis pela negociação dos interesses domésticos nessa agenda de reforma do Estado, especialmente em relação aos custos para os servidores públicos e aos benefícios difusos em nome da sociedade (COSTA; LAMARCA, 2013).

Durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso como presidente (1995-1998), foi aprovado o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), política de reestruturação do Estado e da força de trabalho, com

a separação das funções do Executivo como proprietário e prestador de serviços; a função do Estado fica limitada à regulação através de agências autônomas e a execução atribuída a organizações sociais (OSS). A Constituição Federal foi modificada através da Emenda Constitucional 19, de 1998, que permitiu o retorno do regime celetista para as autarquias e fundações. Foi ampliado o programa de privatização das empresas públicas iniciado pelo então presidente Collor em 1991, através das agências reguladoras independentes. Foram aprovadas novas regras para o endividamento público e a promulgação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que permitiu a terceirização da mão de obra, e a redução das despesas com pessoal de 29% da receita corrente em 1995 para 19% em 2002 (COSTA; LAMARCA, 2013, p.1605; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009, p.18).

Nas décadas de 1980 e 1990, houve transformações muito importantes no Brasil, e o SUS passou de fato a ser um sistema nacional com descentralização das ações de saúde para os municípios, fato que teve consequências fundamentais (MACHADO, 2006, p.12; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009, p.18):

1. Expansão do setor saúde nos âmbitos público e privado, em 1970 havia 13.133 estabelecimentos públicos e privados de saúde; em 2002, passaram a ser 67.612, gerando 2 milhões de empregos no setor.
2. Encolhimento da rede hospitalar, em função da priorização do atendimento ambulatorial. No entanto, Machado (2006, p. 12) afirma que não houve uma política hospitalar no período, e que a demanda por internações e o déficit de leitos é elevado no país, em 1976 haviam 443.888 leitos; em 2002, apenas 471.171 leitos.
3. Expansão do emprego na esfera municipal como consequência da descentralização das ações de saúde para o nível local. Em 1976, havia 98 mil empregos no nível federal, 60 mil no nível estadual, e 25,8 mil no nível municipal. Em 2002, reduz-se o número de empregos gerados no nível federal para 96 mil, enquanto no nível municipal passaram a ser 800 mil empregos. Para o nível estadual, Machado (2006, p. 12), informa os dados para 1992 como sendo 315 mil empregos, também um acréscimo importante.

O setor saúde no Brasil se converteu em um dos maiores do mundo, englobando, nesse período, 5 mil municípios, 67 mil estabelecimentos públicos e privados de saúde, 471 mil leitos, e gerando 2 milhões de empregos diretos, com 33,5% dos trabalhadores ocupando cargos de nível superior, 28,6% de nível técnico, 11,2% de nível elementar e 26,7% administrativos (MACHADO, 2006, p. 18-19). Nesse período, consolidou-se a tendência à formação de equipes multidisciplinares e à feminilização do trabalho, com as mulheres representando 70%



do contingente (MACHADO, 2006, p.20). Foi também o período em que se expandiram mecanismos de terceirização das ações no setor saúde, consolidados após a aprovação da lei que regula a atuação das organizações sociais.

A produção e prestação de serviços de saúde no Brasil é principalmente pública, tendo o setor público grande influência sobre a demanda e oferta por trabalho no setor. As políticas neoliberais de flexibilização, nos anos 1990, levaram a uma grave precarização das condições de trabalho, no setor da saúde, com pelo menos 500 mil situações de trabalho precárias. Segundo a autora, houve uma “antipolítica” de recursos humanos nesse período (MACHADO, 2006, p.21).

O processo de descentralização pelo qual o país passou deixou muitas consequências em relação à atuação do governo federal na área social, e a reforma administrativa afetou seu papel na provisão direta de serviços de saúde, na educação de nível superior e no desenvolvimento científico. Os municípios assumiram a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde, inclusive com a transferência do quadro de pessoal federal para a esfera municipal (COSTA; LAMARCA, 2013, p.1608, CAMPOS, MACHADO; GIRARDI, 2009)

No período que se segue, de 2003 a 2010, durante o governo do ex-presidente Lula, não ocorreram rupturas importantes em relação à condução macroeconômica – *superávit* primário, regime de metas da inflação e câmbio flutuante, tampouco foram revertidas as privatizações ou a LRF. A explicação da continuidade da mesma política em governos ideologicamente diferentes seria possível pela teoria da dependência de trajetória, ou *path dependence*. Para essa teoria, o custo para a reversão das políticas públicas é muito elevado, pois existem barreiras institucionais que obstruem as mudanças, por isso “a continuidade da disciplina fiscal do governo Lula comprovaria que a nova coalizão, independente da orientação política ficou relativamente estrangida pelas decisões macroeconômicas de 1990” (COSTA; LAMARCA, 2013, p.1604).

Foi um período em que o Brasil foi beneficiado pelo momento de crescimento e integração da economia mundial resultante da ampliação do comércio de bens primários (China e outros países emergentes), que fortaleceu os países periféricos, mas principalmente enfraqueceu a capacidade de interferência das agências internacionais nas políticas dos países. O Brasil assume uma política nacional-desenvolvimentista, retornando o protagonismo do Estado na produção econômica e prestação social. Na área social, isso se dá principalmente por meio de programas de transferência de renda e pela recuperação do poder de compra do salário mínimo. As políticas sociais de cunho universal – e a de saúde, em particular – não alcançaram status de prioridade governamental. Dados sobre gasto social federal mostram que enquanto as políticas de assistência social, onde se inscreve o Programa Bolsa Família, tiveram seus gastos ampliados de 0,08% para 1,08% do

PIB no período de 1995 a 2009 e os gastos com previdência social, impulsionados pela recuperação do salário mínimo, passaram de 4,98% para 7,28% do PIB, os gastos com saúde que representavam 1,79% em 1995 passaram a 1,85% em 2009. O montante global do gasto social nesse período passou de 11,24% para 15,80% do PIB (IPEA, 2011a).

## O GASTO COM PESSOAL COMO DESAFIO À SAÚDE

O período pós-Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi marcado pela acentuada descentralização das áreas de política social – educação fundamental, assistência social, saúde, infraestrutura urbana, saneamento, coleta de lixo e habitação popular – com a transferência às esferas subnacionais de grande parte das atribuições de gestão. A ampliação de responsabilidades, contudo, não foi acompanhada de crescimento da arrecadação própria dessa esfera de governo, tornando os orçamentos dessas unidades federadas fortemente dependentes das transferências constitucionais estaduais e federais. São transferências automáticas que não configuram dependência política (ARRETCHE, 2010). Na área da saúde, ainda que tenha havido profunda mudança na forma de aplicação dos recursos do Ministério da Saúde (MS) persistiram, contudo, mecanismos de transferência que conferem elevado poder de arbítrio à esfera federal sobre os montantes transferidos, os critérios de transferência e sua destinação. Embora a Lei 8.080/90 tenha estabelecido critérios para a partilha de recursos, esses critérios nunca foram operacionalizados e, em janeiro de 2012, nova legislação, que ainda aguarda regulamentação, renovou essas normas.

Outra consequência dessa descentralização – forte processo de municipalização da ocupação pública – ocorreu no período pós-CF/88, dado que as ações na área social são intensivas de mão de obra. Entre 1995 e 2010, o contingente de servidores públicos (vínculos diretos) cresceu 70% no Brasil. Os servidores federais, que representavam 15,6% desse total em 1995 caíram para 10,1% em 2010, enquanto os vínculos municipais cresceram de 39% para 52,6% do total no mesmo período (IPEA, 2011b).

Os dados sobre empregos diretos na saúde pública para os anos 2005-2009 disponibilizados pelas Contas Satélites de Saúde (IBGE, 2009; IBGE, 2012) indicam um crescimento, nesse período, de 12% nos postos de trabalho diretos (3,88 milhões em 2005 e 4,33 milhões em 2009). A participação dos empregos gerados na área da saúde em relação ao total da economia passou de 4,3% em 2005 para 4,5% em 2009 (IPEA, 2013).

Na área da saúde, as consequências desse processo são claras: enquanto a participação das despesas com pessoal ativo no gasto com saúde apresenta queda nas esferas federal e estadual entre 2002 e 2011, nos municípios cresceu de 41% para 45% do gasto com saúde no mesmo período (IPEA, 2013). Ocorre simultaneamente, todavia, um crescimento das despesas com Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica nos municípios (IPEA, 2013), que pode ser indicativo de que uma nova forma de “terceirização”, com transferência de responsabilidades de execução ao setor privado, tenha se expandido como estratégia para enfrentar as limitações com despesas de pessoal impostas pela LRF. Em seu artigo 18, §1º esse dispositivo legal ressaltou que “[o]s valores dos contratos de **terceirização de mão de obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos** serão contabilizados como ‘Outras Despesas de Pessoal’” (BRASIL, 2000, grifo nosso), limitando assim a forma tradicional de terceirização. Contudo, não definiu impedimentos à contratação de empresas ou organizações sociais para execução de ações típicas do setor público.

## A DISPONIBILIDADE DE MÉDICOS E O ACESSO DA POPULAÇÃO

174

O mercado de trabalho médico no país apresenta alguns indicativos de escassez desses profissionais, como inexistência de desemprego e demanda por postos de trabalho formais superior à oferta de profissionais, sendo que o quadro se agrava pela sua extrema concentração geográfica. Levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), indicava a existência de 388.015 registros médicos ativos no país em 2013, dos quais 56% localizados na região sudeste. Em seis estados, a razão médico/habitante supera 2,00/1000hab., enquanto em quatorze é inferior a 1,5/1000hab., e em três é inferior a 1,00/1000hab.

As queixas da população relacionadas a dificuldades de acesso aos cuidados de saúde não são recentes e se intensificaram nos últimos anos. Pesquisas realizadas pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em 2003, pelo IPEA, em 2010, e pelo Ibope em 2012, indicam como principal problema da saúde as filas para consultas, o tempo de espera e a falta de médicos. Na pesquisa realizada pelo CONASS, em 2003, os principais problemas apontados foram as filas de espera para obter consultas (41,3%) e a falta de médicos/enfermeiros (BRASIL, 2003). Em 2010, a pesquisa sobre saúde realizada pelo IPEA no âmbito do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) indicou que a falta de médicos era percebida pela população como o principal problema do SUS (57,9%), seguido pela

demora para ser atendido nos postos/centros de saúde ou nos hospitais (35,9%). E quando indagados sobre as principais melhorias que sugeriam para os serviços prestados por centros e/ou postos de saúde, as respostas mais frequentes se referiam a aumentar o número de médicos (48,4%), seguida por diminuir o tempo de espera entre a marcação e a realização da consulta (15,8%). Solicitados a indicar quais os principais problemas do SUS, a falta de médicos despontou como a resposta mais frequente (57,9%), seguida pela demora para ser atendido nos postos/centros de saúde ou nos hospitais (35,9%) e pela demora para conseguir uma consulta com especialista (34,9%) (IPEA, 2011c).

A CNI, através do IBOPE, realizou em 2012 a pesquisa Retratos da sociedade brasileira: saúde pública, que registrou que:

[A] maioria da população brasileira avalia negativamente os serviços de saúde no Brasil. Para 61% dos entrevistados, a qualidade é “péssima” ou “ruim”. Apenas 10% consideram a qualidade “ótima” ou “boa”. A visão é menos negativa quando são avaliados os serviços de saúde da cidade do entrevistado. 54% consideram a qualidade do sistema de saúde de sua cidade “péssima” ou “ruim” e 19% a consideram “ótima” ou “boa”(CNI, 2012).

Os que utilizaram algum serviço de saúde nos últimos doze meses para si próprio, o fizeram na rede pública (79%). A avaliação do último atendimento é superior à percepção da qualidade do sistema público de saúde como um todo. Entre os respondentes que utilizaram o serviço público para si próprio nos últimos doze meses, 48% consideraram o serviço “ótimo” ou “bom” enquanto 22% consideraram “ruim” ou “péssimo” (CNI, 2012).

Os movimentos sociais de junho de 2013 repercutiram essas avaliações. A resposta do governo federal foi a proposição de cinco pactos: responsabilidade social, reforma política, saúde, transporte público e educação. Na saúde, foi proposto o Programa Mais Médicos, composto por medidas emergenciais – como a vinda de médicos de outros países para cobrir a demanda de municípios que apresentam *déficit* de profissionais – e medidas estruturantes, com resultados no longo prazo, como a abertura de mais vagas em cursos de medicina e a expansão da graduação de medicina obedecendo a critérios de relevância e necessidade social. O programa previa, além de medidas destinadas a recrutar e alocar médicos em áreas desassistidas, a criação de 11,5 mil novas vagas em cursos de Medicina e 12 mil de residência médica em todo o país.

A proposta de alterações da formação médica no Brasil com a inclusão de um ciclo de dois anos na graduação em que os estudantes atuariam no Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Medida Provisória, não foi mantida na lei aprovada pelo Congresso. Em contrapartida, como resultado de negociações com a categoria médica e universidades, foi estabelecido que pelo menos 30% da carga

horária do internato na graduação deveria ser cumprida na atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS. A lei também estabeleceu a obrigatoriedade de realizar o primeiro ano da residência em Medicina Geral de Família e Comunidade como pré-requisito para programas de residências médicas que antes eram de acesso direto (medicina interna/clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social).

Para o recrutamento, caso a adesão de médicos brasileiros, que tinham prioridade, fosse insuficiente, a lei previu a contratação, por até três anos, de profissionais médicos formados em outros países sem a exigência de prévio reconhecimento do diploma pelo Revalida, desde que a relação n° de médicos/ n° de habitantes no país de origem fosse superior à do Brasil.

Para a melhoria das condições de operação dos sistemas municipais de saúde foram previstos R\$ 15 bilhões até 2014 em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, sendo R\$ 7,4 bilhões para obras em andamento e R\$ 7,5 bilhões em 2014 destinados a construção de 6 mil unidades básicas de saúde (UBS), reforma e ampliação de 11,6 mil UBS, construção de 225 unidades de pronto atendimento e construção/ampliação de quatorze hospitais universitários.

A insuficiente adesão de médicos brasileiros na etapa inicial conduziu o governo a uma estratégia adicional de recrutamento: um convênio com a Organização Panamericana de Saúde, braço da Organização Mundial de Saúde, para intermediar a vinda de médicos cubanos. O médico recebe autorização especial para atuação restrita nas áreas de escassez de médicos, como periferias das grandes cidades e municípios de interior, por um período fixo. Todos os profissionais atuam sob supervisão e recebem formação em atenção básica durante o período em que estiverem vinculados ao programa. Recebem do governo federal bolsa de R\$ 10 mil, ajuda de custo para deslocamento e instalação. Os municípios se encarregam de garantir habitação, transporte e alimentação. Até o início de 2014, 4.040 unidades federadas haviam aderido ao programa, solicitando 12.930 médicos. No mesmo período, o programa já contava com 9.501 médicos, alocados em 3101 cidades e 32 distritos indígenas, sendo 7.361 cubanos, 1.231 brasileiros e 909 intercambistas estrangeiros.

O MS considera que o terceiro ciclo do Programa Mais Médicos, que incluirá 2.890 profissionais, vai garantir o atendimento integral de toda a demanda apresentada pelos municípios mais pobres do país que aderiram à iniciativa. Serão contempladas pelo programa 1.473 cidades com IDH baixo ou muito baixo, ou com 20% ou mais da população em situação de extrema pobreza.

Sabemos que o acesso aos serviços de saúde foi ampliado no país desde a implantação do SUS, mas também sabemos que tem havido inúmeras dificuldades para garantir a implementação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Infelizmente, não temos informações precisas a respeito da demanda não

atendida ou das filas no país. Mesmo assim, algumas medidas têm sido tomadas no sentido de diminuir essas filas, como a Política Nacional de Humanização – organização das filas, ou ainda a organização de mutirões para cirurgias eletivas.

Certamente o tamanho do Brasil e a distribuição da população contribuem para tornar essa questão mais complexa, pois 45% dos municípios têm população de até 10 mil habitantes e abrigam cerca de 7% da população do país, mas dispõem de menos de 1% (0,84%) dos médicos existentes no país, mesmo que neles se localizem quase 10% dos estabelecimentos de saúde e 13,8% das UBS, muitas das quais sem a presença de médicos – são 4.489 UBS e 3.172 médicos. Nos municípios até 50 mil habitantes, 89% do total, temos 33,5% da população que dispõe de 40,5% dos estabelecimentos de saúde, 54% das UBS mas apenas 7,8% dos médicos.

A categoria médica afirma que não faltam médicos, que a distribuição desigual é consequência das más condições de trabalho e remuneração e propõe a criação de uma carreira de Estado federal com possibilidade de ascensão e mobilidade em todo o território nacional. Em Manifesto emitido em 2010, através de suas entidades representativas, os médicos apresentaram os seus argumentos, que têm sido sempre reiterados:

A proposta de criação da Carreira de Estado do Médico deve ser implementada, como parte de uma necessária política pública de saúde, para melhorar o acesso da população aos atendimentos médicos, especialmente no interior e em zonas urbanas de difícil provimento. No Brasil, não há falta de médicos, mas concentração de profissionais pela ausência de políticas – como esta – que estimulem a fixação nos vazios assistenciais, garantindo a equidade no cuidado de Norte a Sul (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA et al., 2010).

Existem pelo menos duas dificuldades na execução dessa proposta. A primeira, refere-se à importância de uma política de pessoal que considere o caráter multiprofissional da produção do cuidado em saúde; a segunda, em relação ao caráter descentralizado do SUS, no qual a gestão das unidades é responsabilidade das esferas subnacionais, e não caberia a figura ou status de carreira de Estado federal apenas para os médicos. A centralização no governo federal da responsabilidade pela oferta de um profissional com papel essencial para o sistema de saúde e o tratamento diferenciado em relação aos demais componentes da equipe de saúde introduziriam sérios problemas para a gestão do sistema, especialmente para os gestores subnacionais, que teriam, sob sua supervisão, profissionais cujo vínculo e definições sobre a carreira e a localização estariam fora de sua competência legal e enfrentariam dificuldades relativas a equidade e isonomia com os demais integrantes das equipes.

Um Plano de Carreira, Cargos e Salários adequado deve respeitar essas características do sistema. Soluções de caráter emergencial e temporário, como o

Mais Médicos, capitaneadas pela esfera federal, precisam se transformar em mecanismos estruturais do sistema, respeitando seus princípios constitucionais. A ausência de uma política pública adequada para a força de trabalho em saúde, um setor que é intensivo em mão de obra, somada à imposição de limites ao gasto com pessoal para cumprir os parâmetros estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal tem criado graves problemas, como a precarização dos vínculos de trabalho e a terceirização, além da transferência de ações para o setor privado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão empreendida por este estudo permitiu reunir alguns relevantes elementos teórico-metodológicos e informações para orientar uma análise da situação da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde brasileiro. Ao identificar, seja na literatura internacional sobre o tema, seja no campo da ação governamental no Brasil, elementos para a formulação de políticas de planejamento da formação da força de trabalho, a existência de propostas de regulação de mercado e do exercício profissional, esperamos contribuir para o desenho de estratégias que considerem a necessidade de garantir profissionais de saúde com qualidade e quantidade necessárias à cobertura universal dos cuidados de saúde que operacionalizem esse direito social no país. Ao longo do estudo, buscamos analisar as condições concretas do sistema de saúde no Brasil em relação à incorporação dos profissionais ao SUS, algumas consequências da descentralização da gestão para os municípios, da legislação brasileira e das políticas macroeconômicas para a força de trabalho, identificando as principais dificuldades encontradas.

A ampliação do número de trabalhadores diretamente vinculados ao setor público no Brasil e o maior crescimento da força de trabalho em saúde nos municípios aponta para um processo cuja tendência principal foi a desconcentração da gestão na área da saúde dos níveis federal e estadual para o municipal, estabelecendo a necessidade de novas políticas para o controle do gasto público no nível local, mas que, por outro lado, trouxe maior efetividade às políticas sociais (IPEA, 2011b, p. 14-15). A descentralização das políticas de saúde para os municípios foi acompanhada por dificuldades para o planejamento e distribuição equânime e efetiva da infraestrutura, de forma geral, e de pessoal em especial, agudizadas em consequência da grande multiplicação de municípios nas últimas décadas: hoje são em torno de 5,5 mil municípios (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009, p.18).

Algumas políticas implantadas ao longo dos últimos anos como o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (ProvaB), que assegura bolsa de

R\$ 8 mil e supervisão por instituição de ensino a profissionais que se disponham a atuar na atenção básica; o Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional (Pro-residência), de apoio à formação de médicos especialistas em áreas estratégicas; o programa de profissionalização de trabalhadores de nível médio na área da saúde (Profaps), e o programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Prosaude), buscaram incidir sobre problemas relevantes, como a adequação do perfil profissional e o estímulo à localização em áreas desassistidas, mas seus resultados não permitiram equacionar todas as questões que envolvem o problema de assegurar a suficiência de recursos humanos adequados ao sistema de saúde. Da mesma forma, as medidas mais recentes propostas pelo governo federal, por meio do Programa Mais Médicos, ainda que sejam todas, certamente, necessárias, são também claramente insuficientes para a superação dos gargalos enfrentados pelo SUS.

As soluções implementadas no Brasil em muito se assemelham àquelas aplicadas em diferentes países e, em muitos casos, sugeridas pelas agências internacionais, mas têm sido pontuais e desarticuladas. O planejamento em relação à quantidade e qualificação de profissionais de saúde ainda está longe de ser satisfatório e avanços no plano regulatório são fundamentais para que soluções duradouras sejam implementadas. Avançar nesse campo implica claro diagnóstico da situação e das possibilidades de intervenção, considerando-se variáveis como o crescimento populacional, mudanças epidemiológicas e consequências da transição demográfica para a definição dos serviços que precisam ser disponibilizados, as quais são requisitos para dimensionar a quantidade e a qualificação necessárias dos profissionais. A crescente importância do setor público como empregador na área da saúde, em ambiente descentralizado, demanda também a forte regulação do mercado de trabalho, bem como sobre os mecanismos adotados para constituição das equipes multiprofissionais, a contratação e remuneração dos profissionais.

A distribuição desigual de força de trabalho, especialmente dos profissionais médicos, sugere a necessidade de regulação da atividade profissional e incentivos para localização no interior. Políticas multissetoriais que criem melhores condições de vida em todo o território, melhorando as condições de saúde da população e operando como estímulo à fixação de profissionais, são um desafio a ser enfrentado.

Resta, contudo, superar um dos principais obstáculos que as políticas de força de trabalho em saúde deverão enfrentar: o subfinanciamento do setor. Resolver essa questão significaria ampliar expressivamente os gastos com o SUS, aproximando-os de 7% do PIB (o que corresponde a dobrar o gasto, que hoje alcança 3,6%). Com recursos suficientes seria possível assegurar a integralidade da atenção por meio da constituição de redes de atenção à saúde capazes de oferecer aos usuários e profissionais de saúde um horizonte de ação integrada. Implica, também, a superação dos modos fragmentados de operar, tradicionais na gestão do SUS.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p.659-676, 1997.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos? **DADOS** – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, 2010, p. 587-620.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS. **Carta de Brasília** – Manifesto dos Médicos à Nação. In: ENCONTRO NACIONAL DAS ENTIDADES MÉDICAS (ENEM), 13., de 28 a 30 de julho de 2010, Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.cremern.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=21451:&catid=3](http://www.cremern.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21451:&catid=3)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

BARROS, E. Atração e fixação do médico para localidades descobertas. **Nota Técnica para subsidiar o Boletim de Políticas Sociais**, n. 22, Ipea, Brasília, out. 2013.

BOERMA, Ties; SIYAM, Amani. Health workforce indicator: let's get real. **Bulletin: World Health Organization**, Genebra, n. 91, p.886, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-126656.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição nº 1, de 1988. **Constituição Federal**. Brasília, DF: Horizonte Editora, 1988.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2003. 244 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 mai. 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p.13-24, 2009.

CANTOR, J.C. et al. Physician Service to the underserved: Implications for affirmative action in medical education. **Inquiry**, v. 33 p. 167-180, Summer 1996.

DOLEA, Carmen; STORMONT, Laura; BRAICHET, Jean-Marc. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bulletin: World Health Organization** 2010; v. 88 p. 379-385. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070607.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

COMETTO, Giorgio; WITTER, Sophie. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. **Bulletin: World Health Organization**, Genebra, n. 91, p.881-885, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118810>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

CNI. Confederação Nacional da Indústria. **Pesquisa CNI – IBOPE**: retratos da sociedade brasileira: saúde pública – (janeiro, 2012) – Brasília: CNI, 2012.67 p.

COSTA, Nilson do Rosário; LAMARCA, Isabel. Os governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do governo central brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p.1601-1611, 2013.

DUSSAULT, G. e FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce - **Human Resources for Health**, v. 4, n. 12, 2006. Disponível em <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12>. Acesso em: 04 ago. 2014

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contas Nacionais n.37**. Conta-Satélite de Saúde 2007-2009. IBGE, Coordenação de Contas Nacionais, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv56202.pdf>>. Acesso em: 04 ago 2014

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 15 anos de gasto social federal. Notas sobre o período de 1995 a 2009. **Comunicados do Ipea**, n. 98. Brasília, DF, 08 jul. 2011 a.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ocupação no Setor Público Brasileiro: tendências recentes e questões em aberto: **Comunicados do IPEA**. 110 ed. Brasília: IPEA, 2011b. 24 p. Disponível em: <[https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/110908\\_comunicadoipea110\\_apresentacao.pdf](https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/110908_comunicadoipea110_apresentacao.pdf)>. Acesso em: 9 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)** – Saúde. IPEA, Brasília, DF: fev. 2011c. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf). Acesso em: 04 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Boletim de Políticas Sociais**, n. 22. Brasília, 2013. (No prelo).

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Cadernos RH saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 13-28. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2014.

ONO, Tomoko; LAFORTUNE, Gaetan; SCHOENSTEIN, Michael. **Health workforce planning in OECD countries**: A review of 26 projection models from 18 countries. 62 ed. Paris: OECD Publishing, 2013. 17 p. (OECD Health Working Papers). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

PULCINI Joyce; JELIC, Monika;GUL,Raisa;LOKE, Alice Yuen. . An international survey on advanced practice nursing, education, practice and regulation. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42 n. 1p.31-39, March 2010.

SCHEIL-ADLUNG, Xenia. Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. **Bulletin World Health Organization**, Genebra, n. 91, p.888-888, 2013.Disponível em: <<http://dx.doi.org/10247/BLT.13.118810>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

SIMOENS, Steven. Experiences of Organization for Economic Cooperation and Development countries with recruiting and retaining physicians in rural areas. **Australian Journal of Rural Health**, v. 12, n. 3, p. 104-111, July 2004.