MANOELA DE CARVALHO

CONTRIBUIÇÕES AO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

CAMPINAS
2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

CONTRIBUIÇÕES AO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Manoela de Carvalho

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção de título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos (UNICAMP).

Campinas, 2012.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

C253c

Carvalho, Manoela de, 1974 -
Contribuição ao planejamento da força de trabalho em saúde para atenção básica / Manoela de Carvalho. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Nelson Rodrigues dos Santos.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Planejamento. 2. Força de trabalho. 3. Atenção básica à saúde. I. Santos, Nelson Rodrigues dos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital
Título em inglês: Contribution to workforce planning at primary health care.
Palavras-chave em inglês:
Planning
Workforce
Primary health care
Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Titulação: Doutor em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Nelson Rodrigues dos Santos [Orientador]
Célia Regina Rodrigues Gil
Gastão Wagner de Sousa Campos
Maria Lúcia Frizon Rizzotto
Gustavo Tenório Cunha
Data da defesa: 26-04-2012
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

MANOELA DE CARVALHO

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Nelson Rodrigues dos Santos

Membros:
Prof(a). Dr(a). Nelson Rodrigues dos Santos
Prof(a). Dr(a). Célia Regina Rodrigues Gil
Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos
Prof(a). Dr(a). Maria Lúcia Frizon Rizzotto
Prof(a). Dr(a). Gustavo Tenório Cunha

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26 DE ABRIL DE 2012

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado do esforço coletivo de muitas pessoas que contribuíram de diversas formas durante a trajetória e, de modo definitivo, na sua conclusão. Assim, agradeço especialmente:

- ao orientador, Professor Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, pela confiança, generosidade e disponibilidade para assumir mais esta responsabilidade, dentre tantas, e auxiliar a enfrentar este desafio com liberdade e tranquilidade;

- aos membros das bancas de qualificação e defesa, Professor Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, Professora Drª. Maria Lucia Frizon Rizzotto, Professor Dr. Gustavo Tenório Cunha, Professora Drª. Célia Regina Gil, Professor Dr. Sergio Resende de Carvalho, Professora Drª. Rosana Onocko Campos, e Professora Drª. Maria José Schochi pelas ponderações e sugestões que propiciaram o enriquecimento deste trabalho;

- aos docentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp que, a cada disciplina e encontro, contribuíram para aproximações ao objeto desta pesquisa, com reflexões que auxiliaram no desenvolvimento do estudo e da minha formação acadêmica;

- à Professora Drª. Neide Tiemi Murofuse, pelo apoio, companhia e incentivo constantes durante todo o percurso do doutorado, essencial na elaboração da tese;

- à Unioeste, especialmente, aos colegas docentes do Curso de Enfermagem, que possibilitaram o meu afastamento das atividades de ensino e pesquisa para cursar o doutorado;

- ao Professor Ms. José Carlos da Costa, pelo trabalho de revisão da tese;

- aos amigos que compartilharam parte do caminho, tornando-o mais leve e menos solitário, especialmente à Ana Luiza Oliveira e Oliveira, Anderson Martins, Fabiana Mota Peroni, Lirane Ferreto, Paula Soubhia, Sergio Hideki Komati e Tereza Oliveira e Oliveira;

- e à minha família, especialmente à Maria Leide Carvalho, minha mãe, e ao Luiz Fernando Reis, meu companheiro, pela cumplicidade neste trabalho, suporte, incentivo e substituição em tantos momentos de ausência!

RESUMO

Esta pesquisa teve por objeto de investigação o processo de planejamento da força de trabalho em saúde do SUS, especialmente voltado à Atenção Básica. O objetivo geral foi analisar as condições determinantes e as consequências da ausência de práticas institucionalizadas de planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil, ao longo do período de implementação do SUS. Para tanto, utilizou-se dos recursos da pesquisa bibliográfica e documental cujas fontes foram artigos e textos científicos publicados e disponíveis, na sua maioria, em bases de dados virtuais; bibliografia sobre o tema do planejamento em saúde, planejamento da força de trabalho, gestão do trabalho e modelos assistenciais em saúde, políticas sociais e de saúde que guardavam relação com o objeto estudado. Também foram utilizados documentos oficiais emitidos pela Organização Pan-Americana de Saúde e pelo Ministério da Saúde, principalmente no período posterior à criação do SUS, portarias, normas e decretos relacionados à gestão e planejamento da força de trabalho em saúde e a Política Nacional de Atenção Básica. Para definir o percurso do estudo, foram considerados os pressupostos de que o planejamento da força de trabalho em saúde é determinado pelas políticas sociais vigentes e, portanto, pelo papel desempenhado pelo Estado no campo da saúde; condicionado pelos modelos assistenciais e pela priorização de necessidades sociais e de saúde a serem atendidas pelas políticas públicas. Evidenciou-se que, apesar da existência e proposição de diversos métodos e modelos para o planejamento da força de trabalho em saúde, a ausência desta prática, especialmente para a Atenção Básica, tem prejudicado os resultados deste nível de atenção quanto à universalidade do acesso e sua consolidação como nível estruturante e ordenador do sistema de saúde. Apresentam-se algumas ações possíveis, a partir da gestão nas três esferas do SUS, para incentivar o processo de planejamento da força de trabalho em saúde, vinculado ao planejamento das políticas de saúde em geral.

PALAVRAS-CHAVE (Descritores): “Planejamento” - “Força de trabalho” - “Atenção Básica”

ABSTRACT

This research had as its investigation objective the process of planning of the health work force of SUS, especially turned to Primary Health Care. The general objective was to analyze the determinant conditions and the consequences of the absence of institutionalized practices for planning of the health work force in Brazil, through the period of implementation of SUS. To do so, one used the resources of bibliographical and documental research whose sources were articles and scientific papers published and available, mostly, on virtual databases; bibliography on the subject of health planning, work force planning, work management and assistance models in health, social and health policies that kept relations to the object studied. Official documents emitted by the Pan-American Health Organization and by the Ministry of Health were also used, mainly in the period posterior to the creation of the SUS, ordinances, norms and decrees related to management and planning of the work force in health and the National Policy for Basic Needs. To define the path of the study, were considered the presumptions that the health work force planning is determined by existing social policies and, therefore, by the role played by the State in the health area; conditioned by assistance models and by the prioritization of social and health necessities to be attended by public policies. One evidenced that, despite the existence and proposition of several methods and models for planning of the health work force, the absence of this practice, especially for Primary Health Care, has jeopardized the results of this level of attention in regards to the universality of the access and its consolidation as a structural and ordaining level of the health system. Some possible actions are presented, through the management of SUS's three spheres, to incentive the process of planning of the health work force, tied to the planning of health policies in general.

KEYWORDS (describers): “Planning” – “Workforce” – “Primary Health Care”.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMS – Pesquisa de Assistência Médica Sanitária

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária em Saúde

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CDC - Centro para Controle e Prevenção de Doenças

CENDES - Centro de Estudos do Desenvolvimento

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONPROF - Sistema de Informações sobre os Conselhos Profissionais

CRTS - Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde

DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DesprecarizaSUS - Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS

DMPS - Departamento de Medicina Preventiva e Social

DOU – Diário Oficial da União

EC-29 - Emenda Constitucional nº 29

EPSM - Estação de Pesquisa de Sinais do Mercado de Trabalho

ES – Espírito Santo

eSF - equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FESP - Funções Essenciais em Saúde Pública

FIES - Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMI - Fundo Monetário Internacional

FTS - força de trabalho em saúde

FUNDACENTRO - Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

GM – Gabinete do Ministério

HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICT - Indicador de Carga de Trabalho

IES - Instituições de Ensino Superior

ILPES - Instituto Latinoamericano de Planejamento Econômico e Social

IMS/UERJ - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

INFORSUS - Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

JICA - Agência de Cooperação Internacional Japonesa

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

MG – Minas Gerais

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MRS - Movimento da Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NESCON/UFMG - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

NOB-96 - Norma Operacional Básica de 1996

NOB-RH-SUS - Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos do SUS

NOB - Norma Operacional Básica

NPHPSP - Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública dos Estados Unidos

ObservaRH - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS - Plano de Carreiras, Cargos e Salários

PDR - Planos Diretores de Regionalização

PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB – Produto Interno Bruto

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PME - Pesquisa Mensal de Emprego

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde

PR – Paraná

Pró-RESIDÊNCIAS - Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

Pró-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROFAPS - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

ProgeSUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

PSF – Programa Saúde da Família

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

REBRATS - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde

RH – Recursos Humanos

RJ – Rio de Janeiro

RORHS - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

SADT - Serviços de Apoio ao Diagnóstico e à Terapia

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

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

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira

SIAPE - Sistema Integrado de Administração e Recursos Humanos

SIAPECAD - Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

SIG - Sistemas de Informações Geográficas

SiGTrabalho - Sistema Gerencial para a Gestão do Trabalho em Saúde

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISCIH - Sistema de Cadastro de Internação Hospitalar

SP – São Paulo

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFPel - Universidade Federal de Pelotas (Rio Grande do Sul)

UnaSUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa, segundo o tipo de equipamento – Brasil, 2002-2009.....52

Tabela 2. Estabelecimentos de saúde, por financiador de serviços – Brasil, 1999-2009 114

Tabela 3. Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por categorias administrativas – Brasil, 1999-2009.....115

Tabela 4. Despesas por habitante com ações e serviços de saúde financiadas por recursos próprios – Brasil, 2000-2006.....118

Tabela 5. Variação percentual das despesas com ações e serviços públicos de saúde segundo a esfera administrativa, Brasil, 2001-2008.....119

Tabela 6. Distribuição regional de pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, segundo a esfera administrativa e natureza jurídica dos estabelecimentos – Brasil, 2002-2009.....123

Tabela 7. População do Brasil segundo as grandes regiões, Brasil, 2010.....132

Tabela 8. Distribuição da população brasileira segundo as grandes regiões e situação dos domicílios, Brasil, 2010.....134

Tabela 9. Distribuição dos concluintes de medicina, segundo natureza jurídica das instituições de ensino superior (IES) e região do Brasil, 2008.....135

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição regional de médicos e enfermeiros por mil habitantes e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família – Brasil, 2005-2006. 125

Figura 2. Evolução do percentual de cobertura populacional das equipes de saúde da família distribuído por porte populacional dos municípios, Brasil – 2011.. .133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Lista de verificação para desenvolver um plano estratégico para a FTS. 239

SUMÁRIO

1 OS MODELOS ASSISTENCIAIS COMO NORTEADORES DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE.....28

1.1 Sobre a produção e construção de necessidades de saúde e seu atendimento pelas políticas de saúde.....30

1.2 Os modelos assistenciais e o atendimento das necessidades sociais e de saúde.....46

1.2.1 O modelo da medicina comunitária.....61

1.2.2 O modelo das ações programáticas de saúde.....63

1.2.3 Os sistemas locais de saúde (SILOS) e as cidades saudáveis.....68

1.2.4 O modelo de vigilância à saúde.....72

1.2.5 O modelo em defesa da vida.....75

1.3 A saúde coletiva e a categoria "território": possibilidades de aproximação das equipes de saúde com as necessidades e direitos da população.....79

1.3.1 O espaço como variável na análise da distribuição de doenças e agravos em coletivos: contribuições da epidemiologia.....81

1.3.2 A organização social no espaço urbano e os determinantes sociais da saúde: contribuições das ciências sociais.....84

1.3.3 A territorialização e o planejamento em saúde.....87

2 ATENÇÃO BÁSICA: HISTÓRICO, PROJETOS POLÍTICOS E IMPLICAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE.....97

2.1 A atenção primária à saúde no mundo: histórico e projetos políticos.....97

2.2 A atenção básica no Brasil.....107

2.3 A política nacional atenção básica e as implicações para a força de trabalho.....122

2.3.1 A política nacional de atenção básica e os vínculos de trabalho.....129

2.3.2 A participação de outros profissionais na política nacional de atenção básica.....137

3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL.....147

3.1 A década de 1970: planejamento autoritário com enfoque normativo em um Estado administrador-interventor.....148
3.2 A década de 1980: crise do planejamento estatal e o enfoque estratégico.....163
3.3 A década de 1990: Estado omisso, planejamento ausente.....172
3.4 Os anos 2000: a retomada do planejamento.....180

4 ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: ATRIBUIÇÕES DAS INSTÂNCIAS GESTORAS E CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS METODOLÓGICOS DO PLANO.....192

4.1 Atribuições da esfera federal no planejamento da força de trabalho para o SUS.....196
4.2 Atribuições da esfera estadual no planejamento da força de trabalho para o SUS.....208
4.3 Atribuições da esfera municipal no planejamento da força de trabalho para o SUS....215
4.4 Algumas considerações sobre as recentes propostas de metodologias e técnicas de planejamento da força de trabalho em saúde.....224

INTRODUÇÃO

O tema do planejamento da força de trabalho em saúde, ainda que não seja novo, tem adquirido destaque recentemente em diversos países do mundo, porém, com diferentes abordagens teóricas e práticas. O ponto comum de todas as abordagens é o reconhecimento da importância central que ocupam os profissionais e trabalhadores de saúde para o êxito dos sistemas e serviços de saúde e dos objetivos a que se propõem. No entanto, esta centralidade da importância dos trabalhadores de saúde para o êxito das políticas de saúde pode intencionar concepções e projetos distintos. Quanto a estas políticas, tanto podem assumir a importância de mais um "recurso" necessário - os recursos humanos - ao lado dos demais insumos e recursos tecnológicos usados no desenvolvimento de determinadas atividades, para o qual se imputa a responsabilidade pelo fracasso ou insucesso do sistema, como podem contribuir para a afirmação de sujeitos que desejam e lutam por interesses individuais e coletivos, dos quais pode fazer parte (ou não) o desejo e a luta por um sistema de saúde de acesso universal e igualitário, de formas mais ou menos conscientes.

Os trechos abaixo expressam o discurso hegemônico da retomada, na atualidade, do debate sobre a necessidade de planejar a força de trabalho para os sistemas de saúde em diversos países.

"A crise de profissionais da saúde no mundo está custando a vida de crianças todos os dias. Programas de vacinação, medicamentos e cuidados preventivos dão em nada se não houver profissionais capacitados para oferecê-los a quem mais precisa" (1), afirmou uma das coordenadoras da ONG *Save the cChildren*, em comunicado divulgado pela organização e reproduzido pela revista Carta Maior, em setembro de 2011. Da mesma forma, outras organizações internacionais têm se posicionado sobre o tema:

> […] mobilizar e fortalecer a força de trabalho em saúde é central para combater as crises do setor saúde em alguns dos países mais pobres do mundo, assim como para construir sistemas de saúde sustentáveis. Recursos humanos capacitados e fortalecidos são essenciais para o

> alcance de quase todos os objetivos de saúde nacionais e internacionais. O Projeto *Capacity* fortalece recursos humanos para implementar programas de saúde com qualidade nos países em desenvolvimento, focando: **1. Melhorar o planejamento e a liderança da força de trabalho** para garantir o número e perfil adequado de trabalhadores de saúde nos locais adequados; **2. Desenvolver uma melhor educação e programas de formação** para que os trabalhadores de saúde tenham conhecimentos e habilidades de acordo com as necessidades de suas comunidades; **3. Fortalecer sistemas de apoio aos trabalhadores** no cumprimento e permanência no trabalho (2) (Tradução e grifos nossos).

Apesar de os "recursos humanos em saúde" terem adquirido um lugar central e relevante nos discursos atuais, inclusive na declaração da OMS para que em uma década fossem organizados esforços para sua valorização e reconhecimento, na prática, esta importância não tem sido observada em ações que efetivamente demonstrariam a importância dos trabalhadores da saúde como, a desprecarização das relações de trabalho, no cumprimento das deliberações das conferências de saúde a respeito das condições de trabalho, salários e carreira, valorização da exclusividade do vínculo com o setor público ou fazendo o enfrentamento contra-hegemônico ao poder da categoria médica, por exemplo.

Desde 2006, os "recursos humanos em saúde" têm ocupado lugar privilegiado nas discussões sobre a organização dos sistemas nacionais de saúde. A ideia difundida trata os recursos humanos da saúde como um fator estruturante dos sistemas, afirmando que "os profissionais são as pessoas que definem os serviços que serão produzidos e o impacto que eles terão sobre a condição de saúde das pessoas" (3). O pressuposto é de que profissionais bem capacitados e comprometidos seriam a salvação dos sistemas de saúde, como bem apontado nas citações iniciais deste texto. E o inverso da afirmação, também seria verdadeiro? Os sistemas de saúde não são efetivos por causa dos profissionais que atuam nele?

As análises hegemônicas não têm considerado a totalidade dos fatores que determinam a conformação dos atuais sistemas de saúde e, de tempos em tempos, apontam um ou outro fator como responsável por reverter a lógica dominante, a do mercado, e consolidar princípios como universalidade, equidade e integralidade.

Por que estas análises não apresentam explicações para a falta de profissionais de saúde ocorrer justamente em países pobres, capitalistas e dependentes de países centrais,

como os situados na África subsaariana e América Latina? Poderiam explicar também, o que fariam profissionais de saúde em regiões onde as desigualdades sociais ainda submetem milhares de pessoas às piores condições de vida? Teriam condições de "salvar" os sistemas de saúde e as pessoas nestas condições? Alcançar indicadores de saúde satisfatórios não depende apenas de serviços de saúde acessíveis, com profissionais qualificados, depende em grande medida, das condições de vida da população: trabalho, alimentação, habitação etc.

Diversas publicações (4) e eventos acadêmicos relacionados ao tema "políticas de recursos humanos", têm enfatizado, sobretudo, a inadequada formação dos profissionais de saúde para atuação no SUS e a necessidade de iniciativas que enfrentem tal obstáculo para a sua consolidação. Inadequado para qual SUS? O que se quer construir, e, portanto, ainda não existe? Como formar para algo que não existe ainda?

Formar para que construam, para que viabilizem o SUS? Teriam os profissionais de saúde tamanho poder perante forças tão poderosas como a do Estado que, ao invés de viabilizar o sistema público de saúde, o coloca à disposição do setor privado? Como poderia cobrar dos profissionais de saúde uma conduta ética dentro dos princípios doutrinários do SUS em um ambiente de trabalho voltado para, essencialmente, manter um modelo de atenção favorável à acumulação do capital nas mãos de empresários da saúde?

Supõem que o modelo de atenção à saúde centrado no tratamento de doenças, consumindo progressivamente procedimentos e exames diagnósticos e curativos, medicamentos e outras tecnologias médicas é resultado do processo de trabalho dos profissionais de saúde e não, um dos seus determinantes. Tributa-se a não-consolidação do SUS à inadequada atuação dos profissionais em decorrência das falhas na sua formação. Se assim fosse, o que explica a prática de profissionais médicos vindos de Cuba para atuar no sistema de saúde do Brasil? Não se pode alegar que a sua formação não tenha sido adequada aos preceitos da universalidade, integralidade, equidade, no entanto, ao se inserirem nas condições de trabalho impostas pelo atual sistema de saúde brasileiro, adéquam-se às "normas" aqui implícitas, sujeitando-se às leis do sistema. Alguns, inclusive, já integrados ao mercado da saúde, em seus consultórios privados, tal como os médicos brasileiros "mal-formados".

No Brasil, dentre os problemas que evidenciam a necessidade de planejar a força de trabalho para o SUS destacam-se a distribuição desigual de profissionais de saúde nas regiões do país, com escassez em algumas e sobre-oferta em outras, o número insuficiente de médicos e outros profissionais no primeiro nível de assistência, a oferta de determinadas especialidades médicas sem a necessária correspondência com as necessidades do sistema, a incipiente incorporação de outros profissionais de saúde na rede de Atenção Básica, o perfil inadequado dos profissionais para atuarem no SUS e na atenção básica, entre outros.

Desde a instituição do SUS, estes problemas têm sido apresentados como importantes entraves na consolidação deste sistema. No entanto, as propostas que relacionavam a necessidade de planejar a força de trabalho a partir das necessidades e direitos sociais e de saúde da população não conseguiram ser viabilizadas, tanto na elaboração de políticas de planejamento e gestão quanto na prática dos serviços de saúde.

Analisar a questão do planejamento da força de trabalho para o SUS, impõe a necessidade de analisar o planejamento em saúde no Brasil e, a definição de políticas sociais no contexto do Estado brasileiro. A questão "específica" do planejamento da força de trabalho em saúde está articulada ao planejamento "geral" do próprio sistema de saúde, podendo se configurar em um componente e perspectiva de análise deste sistema (5). Princípios como a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção, serão traduzidos em ações por meio do trabalho dos sujeitos inseridos no campo da saúde.

Além disso, a complexidade da abordagem do tema do planejamento da força de trabalho em saúde está na exigência de análises intersetoriais. Embora tenha relação direta com o campo da saúde, os trabalhadores que compõem a força de trabalho em saúde, também estão relacionados aos campos da educação, no que se refere à produção, geração e circulação de conhecimento, para a formação, qualificação e atualização; e da regulação das relações de trabalho, quanto à legalidade e legitimidade para trabalhar em saúde, agregando toda a gama de disciplinas, métodos e instrumentos de pesquisa destes campos (5).

A importância de planejar a força de trabalho no setor saúde reside na necessidade de assegurar que, de fato, o sistema de saúde atenda as necessidades e o direito da população de acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integrada, de acordo com os preceitos legais conquistados há duas décadas. Para isso,

deverão existir trabalhadores de saúde qualificados e acessíveis nos serviços de saúde no momento e lugar requeridos. O propósito do planejamento da força de trabalho em saúde é encontrar o equilíbrio entre a composição, distribuição e número de trabalhadores de saúde e as necessidades e direitos da população.

Este conceito genérico do planejamento da força de trabalho em saúde não explicita sua relação com o contexto social, econômico e político que se impõe e interpõe inúmeras condições entre o uso do conhecimento técnico e a tomada de decisões para intervir na realidade analisada. O equilíbrio entre a oferta e a demanda da força de trabalho em saúde, no entanto, não depende apenas de acertadas técnicas de projeção e previsão das necessidades, como aparece nos atuais discursos sobre o planejamento.

As motivações iniciais para a proposição deste estudo estão relacionadas com a experiência profissional e acadêmica da autora, envolvida com a formação de profissionais de saúde e, nas turmas mais recentes dos cursos de especialização *lato sensu* multiprofissional, em saúde pública e saúde da família, que observou o crescimento do número de trabalhos de conclusão dos cursos e monografias questionando a ausência de profissionais específicos (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos etc.) nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, por meio destes trabalhos, buscavam "comprovar" a necessidade de incorporação dos mesmos nestas equipes.

Inicialmente, identificava-se uma ausência de "critérios técnicos" para a definição da composição destas equipes e apenas parâmetros quantitativos para a proposição da formatação das equipes. A hipótese levantada, naquele momento, foi a da inexistência de modelos, planilhas ou matrizes que pudessem auxiliar na determinação do melhor formato e composição de profissionais para uma equipe, de acordo com as necessidades de saúde da população a ser atendida.

Definiu-se como objetivo no pré-projeto apresentado para a seleção ao programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, a apresentação de uma proposta de planejamento da força de trabalho para a Atenção Básica.

Porém, na revisão de literatura, realizada para traçar os aspectos históricos da temática do planejamento da força de trabalho em saúde em nível nacional e na América

Latina, percebeu-se que os motivos para a ausência do planejamento da força de trabalho em saúde não era a falta de métodos ou técnicas voltados para este fim. Ao contrário, organismos internacionais, como a ONG *Save the cChildren,* a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) oferecem diversos métodos e técnicas para planejar a força de trabalho em saúde, que incluem projeções, previsões, rearranjos de equipes, adequação dos tempos e cargas de trabalho, alterações das competências profissionais e formação de "novos" profissionais.

A questão central, então, passou a ser: por que ainda não se planeja, se existem os meios, ao menos técnicos, para fazê-lo? Quais as condições necessárias no contexto sanitário, político e econômico para que estes métodos e técnicas sejam utilizados para planejar a força de trabalho de acordo com as prioridades sanitárias, o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico das diversas realidades regionais no Brasil?

Em outros termos, qual a viabilidade política e social de utilização de tais métodos e técnicas de planejamento da força de trabalho em saúde para impulsionar a superação do atual modelo de atenção e de gestão em saúde, em direção ao SUS estabelecido na Constituição?

Nesse sentido, apesar do tema deste estudo referir-se ao planejamento da força de trabalho para a Atenção Básica, ao longo da exposição desta pesquisa, buscou-se indicar a impossibilidade de planejamento da força de trabalho de maneira isolada para este nível assistencial. Será necessário pensar o planejamento da força de trabalho para todo o sistema de saúde, pois, ainda que seja possível fazer projeções quantitativas na tentativa de equacionar oferta e demanda na Atenção Básica, a concretização do planejamento, ou seja, a distribuição equitativa de profissionais de saúde, conforme as necessidades deste nível em cada região do país, dependerá de fatores que afetam e influenciam a organização de todo o sistema de saúde, incluindo os setores público e privado.

Diante dessa realidade, foi estabelecido como objetivo geral deste estudo analisar as condições determinantes e as consequências da ausência de práticas institucionalizadas de planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil, ao longo do período de implementação do SUS. Compreendendo que, para apresentar soluções para um problema identificado na realidade, é necessário ampliar e aprofundar o conhecimento sobre esta realidade.

Utilizou-se dos recursos da pesquisa bibliográfica e documental cujas fontes foram artigos e textos científicos publicados e disponíveis, na sua maioria, em bases de dados virtuais; bibliografia sobre o tema do planejamento em saúde, planejamento da força de trabalho, gestão do trabalho e modelos assistenciais em saúde, políticas sociais e de saúde que guardavam relação com o objeto estudado. Também foram utilizados documentos oficiais emitidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Ministério da Saúde, principalmente no período posterior à criação do SUS, portarias, normas e decretos relacionados à gestão e planejamento da força de trabalho em saúde, sobre a Atenção Básica, disponíveis nas páginas oficiais destes órgãos na *internet*. Toda a bibliografia consultada e analisada está listada na seção das Referências deste trabalho.

Tendo-se em vista que esta pesquisa pretende contribuir para construção do projeto político que pressupõe as necessidades e direitos de saúde da população brasileira, como ponto de partida para o planejamento das políticas de saúde, o trabalho inicia analisando o processo de produção e construção de tais necessidades na sociedade capitalista e os modelos assistenciais propostos para fazer frente a estas necessidades. A intenção foi indicar que o discurso da "satisfação das necessidades" pode tanto estimular a viabilização de um projeto voltado à consolidação do SUS como, de outro lado, fomentar o desenvolvimento de práticas medicalizantes, antagônicas aos interesses da maioria da população e, portanto, da consolidação do SUS.

Foram definidos conceitos e termos utilizados como sinônimos, mas que sustentam (ou ofuscam) projetos políticos distintos, tais como: "atenção primária" e "atenção básica", "recursos humanos" e "força de trabalho", "profissionais de saúde" e "trabalhadores de saúde", todos envolvidos com a temática do planejamento da força de trabalho em saúde. Assinala Barbosa (6) que, atualmente, "as palavras perdem seus sentidos históricos e políticos, os significados tornam-se múltiplos, ambíguos, vagos", dificultando a compreensão dos fenômenos e, consequentemente, o enfrentamento para a superação. Portanto, além de definir, dentro dos limites, procurou-se optar pelos termos que se afiliam ao projeto político defendido nesta pesquisa: que propõe a viabilização de um sistema de saúde capaz de garantir o direito à saúde da população, conforme os preceitos legais da universalidade, da integralidade, com participação popular, público, estatal e de qualidade.

O texto está organizado em quatro partes. Como a proposta do planejamento da força de trabalho para a saúde, com ênfase na Atenção Básica (AB) está assentada na identificação de necessidades de saúde da população inicialmente, buscou-se apresentar um panorama do debate teórico-conceitual referente às necessidades humanas e de saúde e sua articulação com os modelos assistenciais de saúde como norteadores do processo de planejamento da força de trabalho em saúde voltado para o atendimento destas necessidades.

No segundo capítulo, a temática do planejamento da força de trabalho em saúde é situada nos contornos da Política Nacional de Atenção Básica, a partir da delimitação deste nível de atenção. Apresenta-se o surgimento da proposta de organizar sistemas de saúde a partir do primeiro nível de atenção, contextualizando-a no âmbito das políticas sociais e de saúde, de modo mais abrangente, apresentam-se os aspectos históricos e os principais projetos políticos em disputa para a Atenção Básica, cujas definições contextualizam o processo do planejamento da força de trabalho. Procurou-se identificar os desafios atuais colocados para sua consolidação, resgatando sua "imagem-objetivo" nos termos calcados pelo projeto de reforma sanitária que resultou no Sistema Único de Saúde, consagrado no texto constitucional de 1988.

No terceiro capítulo, a partir de documentos elaborados principalmente pela Organização Pan-Americana de Saúde, principal indutora do debate sobre o planejamento da força de trabalho para a saúde no Brasil e países latino-americanos, descreve-se brevemente o desenvolvimento histórico das ideias sobre o planejamento da força de trabalho em saúde, nestes países, bem como o contexto social em que se inseriam estas ideias. Delimitou-se o período dos anos de 1970 até os dias atuais, considerando que o atual planejamento da força de trabalho para a AB, tema central desta pesquisa, está diretamente vinculado ao contexto mais abrangente de construção do SUS desde o seu início. Na apresentação do histórico, são abordados os contextos que embasam os conceitos "recursos humanos em saúde" e "força de trabalho em saúde", termos que se distinguem em razão do conteúdo político que expressam.

No quarto capítulo, são sugeridas possíveis estratégias para intervir no planejamento da força de trabalho em saúde, segundo as atribuições das esferas administrativas municipal, estadual e federal e apresentadas as principais propostas

metodológicas para o planejamento da força de trabalho em saúde. Mesmo com a compreensão de que a prática do planejamento em saúde esteja relacionada às políticas macroeconômicas e ao desenvolvimento social como um todo, acredita-se que algumas ações desenvolvidas no âmbito do SUS, especialmente as de caráter multi e intersetoriais, podem contribuir para a construção de condições que viabilizem avanços na luta contra a mercantilização da saúde, a favor da garantia de direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores.

Este estudo visa contribuir para a ampliação e aprofundamento do conhecimento sobre as condições que (in)viabilizam a prática do planejamento da força de trabalho em saúde, estabelecendo conexões entre o papel do Estado na definição das políticas de saúde, especialmente na organização de sistemas de saúde estruturados a partir da Atenção Básica, os modos como são atendidas as necessidades e direitos de saúde e a necessidade de planejar a força de trabalho para construir sistemas de saúde de acesso universal, igualitário e que respondam integralmente pela preservação da saúde e da vida da maioria da população.

1 OS MODELOS ASSISTENCIAIS COMO NORTEADORES DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

A instituição de uma política social está vinculada essencialmente à definição de quais interesses e necessidades – e de quem - serão satisfeitos e, do modo como serão organizados os serviços e as práticas para operacionalizar esta política (7). No caso das políticas de saúde, a assistência prestada resulta de processos de trabalho cujas finalidades corresponderão às necessidades geradas na dinâmica de uma dada sociedade, portanto, às necessidades sociais. Cada forma de organizar uma sociedade produz diversas necessidades e as finalidades dos processos de trabalho são, portanto, correspondentes à construção sociopolítica do modo social de viver (8).

Políticas sociais, incluindo as de saúde, se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado por um tipo particular de Estado, visando à manutenção das relações sociais de determinada formação social. Assumem, portanto, características diferentes em diferentes sociedades e diferentes concepções de Estado, podendo priorizar, em alguns momentos, os interesses e as necessidades, a partir de exigências políticas dos trabalhadores organizados e, em outros, as exigências funcionais da produção, assegurando as condições materiais de reprodução da força de trabalho (9).

De acordo com Breilh (10), atualmente, pode-se distinguir duas "correntes" explicativas para a categoria necessidade: uma que apresenta a necessidade humana como um valor relativo, dependente de opções individuais e das possibilidades de cada pessoa ou família para satisfazê-las no mercado, denominada de "corrente liberal", e outra para a qual a necessidade se constitui em um processo determinante da vida e, por isso mesmo, um direito humano inalienável ao qual o acesso, de todos os membros de uma sociedade, deve-se dar por meio da distribuição da riqueza produzida coletivamente em prol do máximo bem comum, denominada de "corrente solidária".

Como o discurso de que as políticas sociais deverão atender as necessidades humanas está presente tanto nas propostas de setores liberais quanto nas propostas alternativas (10), neste capítulo pretende-se discutir aspectos relacionados com a produção e construção das necessidades de saúde e, de que maneira elas são tomadas pelos diversos modelos assistenciais, pressupondo que cada modelo estabelece diferentes meios para a identificação, acolhimento e atendimento das necessidades. Parte-se do princípio de que as necessidades de saúde da maioria da população devem determinar o processo de planejamento da força de trabalho em saúde para a atenção básica e para o sistema de saúde como um todo.

Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, (11), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização deste nível de assistência, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é definida como forma prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, cujo imperativo ético é atender a toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento, por meio de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Dispõe que o planejamento das ações das equipes de saúde ocorrerá a partir do reconhecimento da dinâmica social, do ambiente e das condições e necessidades de saúde da população e, a partir deste reconhecimento, também deverão ser definidos os meios necessários para a execução do plano de ações (11).

Algumas dificuldades têm sido identificadas quanto à definição e priorização das necessidades, quanto à compreensão do processo de transformação de algumas das necessidades em demandas para os serviços e a relação destas com o planejamento da equipe multiprofissional responsável por sua satisfação. Os modelos assistenciais alternativos sugerem a delimitação de populações por territórios para possibilitar o reconhecimento e acolhimento das necessidades pelas equipes de saúde. Nesse sentido, também é importante tecer algumas considerações acerca do processo de territorialização na atenção primária, enquanto recurso metodológico para o reconhecimento e acolhimento das necessidades de uma população e planejar, da melhor forma, com as melhores condições – incluídos os profissionais e trabalhadores de saúde – o seu enfrentamento.

1.1 Sobre a produção e construção de necessidades de saúde e seu atendimento pelas políticas de saúde

Para o Ministério da Saúde, necessidades em saúde são

> estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação (12).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, "as aproximações às ditas necessidades só podem ser intentadas se adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário e fruto de consensos sociais" (12).

Necessidades em saúde podem ser sentidas, percebidas, expressas e enfrentadas de maneiras diferentes, influenciadas pelas condições sociais, políticas, científico-tecnológicas e ideológicas vigentes em uma determinada sociedade. Podem ser transformadas em demandas para os serviços de saúde e reconhecidas, com graus diferentes de prioridade, dependendo do modelo assistencial implementado e do caráter das políticas sociais. Não são apenas os avanços científicos e tecnológicos que definem o enfrentamento das necessidades na atual organização social capitalista. Isso explica, em parte, os motivos pelos quais, apesar de todo o avanço científico e tecnológico para o tratamento e controle da tuberculose, por exemplo, milhares de pessoas ainda sofrem e morrem com esta doença nos dias de hoje.

A discussão sobre a identificação das necessidades sociais e de saúde como meio para estabelecer prioridades para as políticas sociais não é nova. São encontrados estudos internacionais publicados sobre o tema desde a década de 1970 e, no Brasil, desde a década de 1980. Compõe o debate neste período, o artigo de Castiel (13) que procurou situar o papel do técnico na determinação das necessidades de saúde da população. O autor afirma ser complexa a tarefa de definir necessidade social, por estar diretamente relacionada às concepções de homem e sociedade em um determinado momento histórico. De acordo com este autor, as decisões políticas tomadas pelo Estado corresponderiam aos

interesses hegemônicos que, por sua vez, também condicionariam a forma insuficiente como o técnico identifica as necessidades.

Em seu artigo, Castiel (13) também expõe a difundida teoria do *iceberg* para ilustrar a diferença entre necessidades de saúde (a parte submersa) e demandas (a parte emersa) ou a porção da população que efetivamente busca assistência, manifestando algumas necessidades. Este fenômeno trata da influência que a demanda sofre por questões econômicas, sociais e culturais de uma população, ou seja, existem motivos econômicos, sociais e culturais que contribuem para que determinadas necessidades dos indivíduos cheguem até os serviços e sejam acolhidas e resolvidas, e outras não. A constatação das necessidades não tem levado obrigatoriamente ao atendimento e satisfação das mesmas, por inúmeras condições.

Os sistemas de saúde reconhecem e legitimam algumas necessidades em prejuízo de outras, a partir de interesses que podem ser mais representativos de grupos corporativos, como de categorias profissionais ou de representantes do complexo médico-farmacêutico, por exemplo. São considerados problemas - ou demanda - aquelas necessidades que alcançaram alto grau de legitimação, normatização e consenso. Assim, as práticas vigentes de saúde, em um determinado momento histórico, podem ou não corresponder às necessidades sociais como, por exemplo, quando a maioria da população adscrita a uma equipe de referência trabalha sob determinadas condições que predispõe o seu adoecimento, mas a equipe de saúde prioriza ações que não contribuem para impactar estas condições.

Há uma intencional substituição, por parte dos setores hegemônicos da sociedade, da acepção de “direito” pela de “necessidade”, numa tentativa de promover sua mercantilização. “Se o atendimento à saúde e os programas de prevenção já não são direitos inalienáveis, mas 'necessidades' discricionárias, o poder tem a possibilidade de decidir quais necessidades deve incluir num pacote mínimo para os pobres, e quais deve deixar a cargo do mercado e do 'livre' arbítrio dos 'clientes'” (10).

Campos (14) chama a atenção para a importância de “examinar com olhar crítico todas as políticas, projetos, programas, modelos, práticas sociais e produtos, considerando-os meros meios para atender a necessidades sociais”. As necessidades serão satisfeitas potencialmente por meio do resultado do trabalho humano, na forma de bens ou

serviços. Tais bens ou serviços, práticas ou políticas sociais, são apenas meios com capacidade potencial de assegurar a satisfação de algumas necessidades. O autor exemplifica: “escova de dentes é um bem material; consulta médica é um serviço […] que tem o potencial de atender a necessidades sociais. Não são especificamente necessidades sociais. Determinado padrão de saúde bucal ou de saúde em geral é que são necessidades”.

A equivalência que se estabelece entre produtos e práticas com as necessidades sociais é uma manobra ideológica que interessa ao mercado e que objetiva transformar um meio em um fim. A consulta médica não é igual à saúde; a consulta médica é um dos meios, produzidos a partir do trabalho humano, com capacidade potencial de auxiliar indivíduos ou uma comunidade a atingir padrões de vida mais saudáveis (14). Nessa perspectiva, Breilh (10) analisa este processo como uma estratégia para a subtração de direitos sociais:

> As abordagens liberais sobre a necessidade situam-na como um problema individual, ligado ao consumo e ao arbítrio pessoal, e, nos planos retrógrados de reforma, isso adquire uma importância capital, porque é assim que os cidadãos e cidadãs deixam de ser 'detentores de direitos' e se transformam em 'clientes'. Formulada dessa maneira, a necessidade substitui o direito, e a distribuição insuficiente de serviços – que é ocasionada pela monopolização da riqueza, mas não é reconhecida como tal – passa a constituir um recurso de sobrevivência, medido por técnicas múltiplas, como a da 'linha da pobreza' […] ou a da 'satisfação de necessidades básicas' […] as quais os clientes do mercado podem aceder (10).

É em função da satisfação de necessidades que são organizados os processos de trabalho, com finalidades distintas. Portanto, refletir sobre esta conexão circular entre a necessidade e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-la é fundamental para planejar o trabalho a partir de necessidades. É a partir do trabalho, do produto do processo de trabalho, que o homem satisfaz suas necessidades e as aprimora (15).

O trabalho é ponto de partida do processo de humanização do ser social. Nesse sentido, Antunes (15) afirma ser “decisivo o papel da ação teleológica, que põe em movimento formas distinguidoras da atividade mecânica animal, configurando previamente o processo de trabalho”. A ação teleológica, no entanto, é limitada pela realidade “cujo movimento é resultante das causalidades presentes […] postas pelo conjunto dos atos

humanos precedentes". Porém, a ação consciente desempenha papel decisivo nas mudanças e rupturas da história da humanidade.

Por isso, é possível afirmar que: abrir mão da possibilidade do planejamento, enquanto processo sistemático de reflexão dirigido à ação, seria renunciar à capacidade humana de intervir sobre a realidade com o intuito de transformá-la (5).

Entretanto, na sociedade capitalista, o trabalho se converte em meio de subsistência. A força de trabalho, o trabalhador, decai à condição de mercadoria cuja finalidade é a produção de mercadorias (15). A satisfação e o aprimoramento das necessidades humanas deixaram de ser finalidade do trabalho nas sociedades capitalistas, substituídas pela necessidade social de produção do excedente e do lucro, e os meios de trabalho possibilitaram a realização da atividade sem que o projeto do resultado guiasse e subordinasse a vontade do trabalhador (16).

Para Antunes (15), a falta de identidade entre o indivíduo e o "gênero humano" é fruto do próprio estranhamento do homem frente ao produto do seu trabalho e ao ato de produção: "o ser social torna-se um ser estranho frente a ele mesmo: o homem estranha-se do próprio homem".

Compreender o trabalho, na sociedade capitalista, enquanto mercadoria que produz novas mercadorias ajuda a entender o surgimento de tantas novas especialidades médicas e de profissionais de saúde: quanto mais especialidades, mais possibilidades de criação de novas mercadorias como consultas e medicamentos, e maiores possibilidades de incentivar o consumo destas mercadorias. A quem interessa a excessiva fragmentação do(s) objeto(s) de intervenção no campo da saúde? Para uma assistência resolutiva e integral, pautada na intervenção sobre os determinantes do processo saúde-doença, serão mesmo necessárias tantas especialidades?

Esses questionamentos sobre a forma como a prática médica e os serviços de saúde estavam se organizando centrados no hospital e na crescente incorporação de novas tecnologias, bem como a especialização e equipamento-dependência destas práticas surgiram a partir da década de 1970, nos países industrializados, quando alguns autores passaram a expor a relação desproporcional entre os "avanços da medicina científica" e os impactos na melhoria da saúde da população. Autores como Illich e Devers, ao mesmo tempo em que questionavam a contribuição à redução da mortalidade e o aumento de

sobrevida da população a partir das intervenções médicas, denunciavam a iatrogenia e os efeitos colaterais perversos do processo de tecnificação e especialização intensa nos serviços médicos (17).

Pereira (7) critica a teoria que defende as necessidades humanas, essencialmente, como produto do meio e da cultura dos quais os homens fazem parte, manipuladas por condições socioeconômicas no capitalismo. Para a autora, esta manipulação retiraria a possibilidade de encontrar uma definição "objetiva" de necessidades comuns, universais a todo o gênero humano e dificultaria a formulação de políticas públicas, visto que não seria possível planejar meios para satisfazer tamanha "variabilidade" de necessidades sociais. A autora questiona: "o que explica, afinal, a existência de políticas públicas, se não há, como entendem os relativistas e subjetivistas, um motivo público, supra-individual, que as justifique e um padrão de satisfação de necessidades a ser levado em conta?" (7).

Por outro lado, é importante destacar que é "comum e universal" do gênero humano criar novas necessidades, esta é uma característica humana que varia em função das relações sociais estabelecidas para a produção de condições, objetivas e subjetivas, de preservação da vida. Portanto, a justificativa para a formulação de políticas públicas não deveria depender da escolha entre atender a "necessidades objetivas" ou "necessidades subjetivas ou relativas (sociais)", como se aquelas fossem mais "humanas" do que estas, até por que a questão da igualdade das necessidades humanas não se resolverá por meio de políticas sociais no âmbito do capitalismo.

Essa delimitação entre "necessidades objetivas" ou comuns a todos os seres humanos, independente do contexto histórico, social ou econômico e as "necessidades subjetivas" enquanto construção sociocultural pode gerar confusão no campo teórico e técnico, "sobretudo agora que a nova direita maneja o relativismo a seu favor". As necessidades humanas são construídas socialmente em relação a uma necessidade "objetiva" e, portanto, o processo de definição das necessidades nos grupos humanos não é nem exclusivamente objetivo, em resposta a condicionamentos individuais imediatos, nem exclusivamente subjetivo, adquirido ou mediado por condicionamentos históricos, econômicos e culturais. "Ou seja, elementos como a sede e a sensação de fome existem na

natureza humana desde antes, porém marcam e estão presentes nas necessidades que construímos com base nelas, individual e coletivamente" (10).

As relações históricas em que vivem os seres humanos fazem que suas necessidades básicas, relacionadas à sua natureza, se modifiquem, isto é, "os processos históricos de ordem macrossocial implicam a construção de necessidades coletivas, ou a 'dimensão coletiva das necessidades'" (10).

Como a construção de propostas de planejamento em saúde, pautadas nas necessidades concretas, são realizadas em uma determinada sociedade e em determinado momento histórico, abstrações teóricas sobre a definição e classificação destas necessidades podem não contribuir para a transformação da atual realidade que tem privilegiado os interesses de setores minoritários, porém hegemônicos, na sociedade, em detrimento da promoção da saúde e defesa da vida da maioria. Embora as necessidades "básicas" sejam semelhantes no plano formal abstrato, concretamente, na vida social, elas fazem parte de processos e determinações distintos, cujas especificidades merecem enfoques diferenciados (10).

As políticas sociais inscritas no capitalismo ao mesmo tempo em que garantem a produção e reprodução de condições favoráveis à acumulação do capital e ao desenvolvimento do próprio capitalismo, também são expressões de reivindicações e demandas dos trabalhadores e dos setores não beneficiados pelo desenvolvimento capitalista (9). Desta forma, pode-se compreender que se, de um lado, as políticas de saúde favorecem a manutenção do sistema capitalista por meio da reprodução/recuperação da força de trabalho para possibilitar a produção e acumulação do capital, de outro, interessa à classe trabalhadora a defesa da vida, a promoção/recuperação de sua saúde para possibilitar a construção de condições favoráveis à transformação e superação deste sistema.

Assim, é necessário que as políticas sociais e de saúde assumam, ao mesmo tempo, um caráter universal e igualitário, considerando diferenças e singularidades regionais da situação de saúde entre o norte e o sul do Brasil, por exemplo. Estas diferenças existem. Os indicadores expressam o padrão de distribuição de riqueza entre as regiões do país e no interior de cada uma delas, as condições de vida destas regiões e os determinantes sociais da situação de saúde. Por isso, as políticas sociais devem buscar impactar as condições e determinações sociais que produzem tais desigualdades. Talvez essa

observação possa indicar um caminho possível para o planejamento da força de trabalho em saúde: olhar para os determinantes do processo saúde-doença, e não apenas para o fenômeno "aparente", os indicadores de saúde, as demandas.

Ainda que não seja possível planejar centralizadamente os mesmos recursos para necessidades específicas de cada uma das regiões do país que, certamente devem ser consideradas no processo de planejamento, acredita-se na possibilidade de se estabelecer alguns parâmetros comuns para as políticas de saúde, nas três instâncias gestoras, calcados em necessidades definidas coletivamente pelos brasileiros em relação à promoção da saúde, contribuindo para a consolidação da unicidade do sistema e dos princípios de universalidade e integralidade.

Na atual sociedade capitalista, o mercado se apropriou da capacidade humana de criação de novas necessidades e passou a estabelecer um produto ou um serviço cuja finalidade seria a satisfação destas necessidades. É uma manobra do mercado, no entanto, fazer com que se identifique a mercadoria com a satisfação das necessidades e a consequente indução do seu consumo. Este fenômeno deveria levar o ser humano a criticar este "modelo" de satisfação das necessidades e não a legitimidade de tais necessidades.

Agnes Heller, citada em outros estudos (7; 18) distingue dois tipos de necessidades: as naturais (ou biológicas) ligadas à sobrevivência, conservação e perpetuação da vida, e as necessidades radicais, ou necessárias, propriamente humanas, ambas socialmente determinadas. As necessidades naturais ou biológicas incluem as necessidades de alimentação, abrigo, sexo, contato social e cooperação, porém, não devem ser consideradas "naturalistas" por que são produzidas em contextos sociais, haja vista que a quantidade destas necessidades e as maneiras de satisfazê-las também são produtos históricos do processo de socialização, na ação recíproca do homem e a sociedade. Como exemplo das necessidades radicais ou necessárias, Heller cita a liberdade, a autonomia, autorrealização, a autodeterminação, a atividade moral, a reflexão, entre outras. Por isso, não se deve estabelecer necessidade como carência, pois o melhoramento contínuo das necessidades radicais nos humaniza progressivamente (7; 18).

O conceito de necessidades vitais, naturais ou de sobrevivência, identificado com a dimensão biológica, que não se distinguiriam de necessidades animais, tem sido utilizado como sinônimo de necessidades básicas. No entanto, nem mesmo estas

necessidades podem ser vistas como idênticas às animais ou puramente "biológicas", uma vez que os modos de satisfação da própria necessidade de alimentar-se a transformam em uma necessidade social, exemplificando com o uso de talheres e o preparo dos alimentos que não são ingeridos crus, o vestuário e a necessidade de abrigo. Além disso, nos animais as necessidades e seus objetos de satisfação são dados pela sua constituição biológica, enquanto o homem cria os objetos de sua necessidade e é capaz de criar os meios de satisfazê-la (7).

Nesse sentido, seria um equívoco compreender as necessidades de "sobrevivência" como sendo básicas, pois, o que se almeja é justamente a libertação da fatalidade natural. Desta forma, é parte da essência humana, portanto "básicas", o trabalho, a sociabilidade, a universalidade, a autoconsciência e a liberdade, que se efetivam no processo indefinido da evolução humana (7).

Agnes Heller ainda identifica um grupo de necessidades próprias do capitalismo: as necessidades alienadas. Estas incluem o dinheiro, o poder, a posse de objetos, e são criadas em função do capital, referindo-se sobretudo aos aspectos materiais e ao consumo de mercadorias. É própria do capitalismo a analogia entre carência, insatisfação e necessidade, pois desta forma, pode-se induzir ao consumo sem limites. As necessidades sociais são simultaneamente pessoais e sociais: enquanto o desejo de possuir algo é pessoal, o objeto desejado corresponde a certa objetivação social. Nas sociedades capitalistas, não se produzem mercadorias apenas para a satisfação de necessidades humanas, mas também para a valorização do próprio capital. As mercadorias criadas também são capazes de produzir novas necessidades, por meio da difusão de valores na mídia publicitária (18).

A indústria farmacêutica coloca no mercado, constantemente, novos medicamentos, às vezes com poucas alterações na fórmula, e induz o seu consumo, com auxílio de pesados investimentos em publicidade. Não é raro, pessoas que não haviam "sentido" a necessidade do uso do novo medicamento, passar a senti-la após esse processo de indução que tem sido denominado "marketing impulsionado pela oferta" ou, em outras palavras, "se existe um medicamento, deverá existir o consumidor". Esta estratégia ideológica da indústria farmacêutica tem alcançado resultados como induzir um terço da população dos Estados Unidos a usarem antidepressivos, estatinas e estimulantes, por meio

de incentivos financeiros para a "formação" de médicos sobre "novas síndromes", por exemplo (19).

Também as necessidades em saúde são sociais e historicamente determinadas e não se referem somente à conservação da vida, mas também à realização de um projeto de vida, no qual o indivíduo progressivamente se humaniza. A estrutura produtiva condiciona a construção de necessidades e as respostas ou os modos de satisfazê-las (18).

Alguns autores propõem a distinção entre necessidades básicas e necessidades mínimas. O estabelecimento de um mínimo de provisão por parte do Estado capitalista expressaria uma noção de necessidade objetiva, identificada na ótica liberal com o conceito de pobreza absoluta. Assim, a satisfação "mínima" de algumas necessidades humanas estaria vinculada à compreensão de uma provisão de recursos "limitados", a um padrão de sobrevivência também limitado aos aspectos biológicos num "nível bestial", indigno do homem (7).

A própria atenção primária tem sido associada a uma assistência simplificada, simplória, "mínima". De fato, em suas origens, a atenção primária foi vinculada à ampliação da cobertura de serviços assistenciais de baixo custo para a população mais carente (20). No entanto, os cuidados de saúde só poderiam ser reduzidos ao "mínimo" se outras necessidades anteriores fossem adequadamente satisfeitas, extrapolando o setor saúde. Ainda assim, não se conceberia um sistema de saúde organizado, apenas, com o nível primário de atendimento. É indispensável colocar alta tecnologia adequada e recursos de última geração do campo da saúde a serviço de todos, de acordo com as necessidades (7).

Isso implicaria maior capacidade de regulação por parte do Estado capitalista, com ampla participação da população, para a definição de políticas que atendam as necessidades sociais com interferência "controlada" do mercado, principalmente no âmbito da saúde, restringindo movimentos que induzam a analogia entre direito à saúde e consumo de mercadorias (consultas, medicamentos, exames etc.), subordinando a acumulação à satisfação de necessidades definidas coletivamente.

No Brasil, iniciativas recentes apontam para a compreensão desta condição por parte do Ministério da Saúde ao instituir, por exemplo, a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), por meio da Portaria nº 2.915, de 12 de dezembro de

2011. Esta rede, composta por instituições de ensino-pesquisa, instituições gestoras, hospitais de ensino de várias regiões do país, tem como objetivos produzir e disseminar estudos e pesquisas para a incorporação, monitoramento e exclusão de tecnologias no âmbito do SUS (21). Isto por que, o mercado no campo da saúde, no limite, tende a produzir impactos negativos e riscos à própria vida da população, como se tem observado, por exemplo, o aumento do número de casos de intoxicações por medicamentos, principalmente de pessoas idosas, a emergência e a propagação da resistência aos medicamentos antimicrobianos e suas consequências, entre outros.

De acordo com Faleiros (22), essa regulação não deve ser compreendida como uma "evolução do humanismo", mas como consequência "das próprias contradições e conflitos de uma sociedade que produz incessantes riscos para a vida das pessoas e o esgotamento da força de trabalho". O autor explica que:

> Historicamente, o mercado agravou de tal forma as desigualdades inerentes ao capitalismo, concentrando a produção, a renda e o consumo nas mãos de poucos, que o próprio sistema capitalista foi constantemente sacudido por graves crises econômicas e sociais que puseram em risco não só as pessoas e a força de trabalho, como também o próprio capitalismo. Certas regulações do Estado para controle da economia e do mercado de trabalho foram, então, elaboradas pelos liberais progressistas ou não-ortodoxos, para manter o processo global de acumulação da riqueza capitalista e fazer frente às crises econômicas e ameaças sociais. Busca-se assegurar as taxas de lucro dos capitalistas, que historicamente tendem a baixar pela forte disputa entre eles e pelo confronto do capital com o trabalho (22).

Esta intervenção estatal denominada "regulação capitalista" foi defendida pelo economista inglês John Maynard Keynes, justificando a necessidade de uma estratégia estatal que sustentasse o pleno emprego dos fatores de produção e da mão-de-obra para manutenção da demanda, ou seja, da capacidade de comprar bens e serviços no mercado, com salários suficientes advindos do emprego (22). Nesse sentido, caberia ao Estado proporcionar acesso a bens e serviços sociais "fora do âmbito individual" e de menor interesse para o mercado.

A tarefa de "eleger" determinadas necessidades sociais a serem atendidas por políticas sociais está vinculada ao modelo de intervenção do Estado nos limites do modo

capitalista de organizar a sociedade. Dependendo do contexto econômico e político, ora é atribuído ao Estado responsabilizar-se minimamente pela provisão de serviços, repassando ao mercado grande parte das ações destinadas a satisfazer as necessidades sociais, ora o Estado é convocado a intervir para satisfazer tais necessidades, de modo a compensar e corrigir as desigualdades sociais, aliviando as carências principalmente dos mais necessitados, sem romper com a garantia da propriedade que fundamenta a sociedade capitalista e que determina condições tão desiguais de sobrevivência aos homens[1]. De qualquer modo, deve-se lembrar que apesar de, no Estado capitalista, as políticas sociais aparecerem como dádivas ou favores à população, estão atreladas às exigências de valorização e acumulação do capital e reprodução da força de trabalho, tanto quanto às lutas sociais e crises do capitalismo (22).

A saúde e a autonomia compõem dois conjuntos de necessidades que devem ser satisfeitos para que todo ser humano possa efetivamente se constituir como tal, distanciado dos animais, podendo realizar outros objetivos e desejos socialmente valorados, como a participação social e a libertação. São também, "direitos morais que se transformam em direitos sociais e civis mediante políticas sociais" (7). Porém, deve-se lembrar que até mesmo a definição do que é saúde e autonomia se alteraram ao longo da história, em razão não apenas da compreensão científica que se tem das mesmas, mas, principalmente, em função das relações sociais estabelecidas para organização e manutenção de certo modo de produção e reprodução da vida.

A saúde, assim como as demais necessidades de "subsistência", não é promovida nem existe como um fato natural espontâneo, mas em processos com características e modos de devir determinados pelas condições socioestruturais e pelos conflitos de interesses a que ela corresponde. Abordar a saúde "no vazio", sem analisá-la nos processos históricos determinantes da reprodução social será inútil para aprofundar ações emancipadoras que conseguiram, em determinado momento histórico, por exemplo, transformá-la em direito humano. A saúde, portanto, não deve ser compreendida como uma necessidade natural em si, mas como processo determinado historicamente, inserido no

[1] Para melhor compreensão, ver texto de Rizzotto; Bortoloto (23). No artigo são analisados alguns fundamentos filosóficos do conceito de equidade, evocado como um princípio para a ação estatal no âmbito das políticas sociais e redução de desigualdades, em especial, a teoria de justiça de John Rawls.

movimento da reprodução social e nos postulados solidários e socialmente construídos da ação (10).

É importante ressaltar que mesmo as necessidades sendo sociais, isso não significa que todos os seres humanos possuem as mesmas necessidades. Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (20), as necessidades humanas são sociais por que são criadas e recriadas na vida em sociedade e, também, por que não são "individuais", mas potencialmente de todas as pessoas. No entanto, o fato de ser social as torna passíveis de manipulação ideológica e política, pois algumas necessidades podem ser apresentadas como sendo de todos, quando, na realidade, são de alguns[2].

Ideologicamente, para serem apresentadas como "de todos", as necessidades sociais são comumente identificadas como de ordem "natural-biológica", ao que estes autores denominaram processo de "reificação (coisificação) das necessidades" (20). Exemplo deste fato é que a necessidade social de apropriar-se privadamente de bens e da produção de excedente e do lucro, na sociedade capitalista, apesar de ser social não considera as necessidades de todos os indivíduos que compõem a sociedade (16).

Em função dos objetivos deste trabalho, não se aprofundará a discussão sobre o outro conjunto de necessidades básicas relacionado à autonomia. Porém, destaca-se que se deve contrapor à noção "liberal" de autonomia que, em última instância, seria impor ao indivíduo que por si só buscasse condições de se auto-sustentar, de cuidar de si próprio, como sinônimo de auto-suficiência ou autodeterminação. Ao contrário, a possibilidade do indivíduo expressar a sua autonomia exige experiências e responsabilidades compartilhadas, por que a capacidade de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento, pô-los em prática sem opressão e sentir-se responsável por suas decisões e

[2] Antunes (15) apresenta um trecho da obra de Sartre (Masas, espontaneidad, partido, 1973) para exemplificar parte do processo de manipulação de necessidades de consumo que ocorre no sistema capitalista e impede o homem de buscar sua realização, acarretando formas mais complexas de estranhamento, num processo de redução e homogeneização das necessidades: "'o operário esgota-se trabalhando para produzir o automóvel e para ganhar o dinheiro necessário para comprá-lo; esta aquisição lhe dá a impressão de que foi satisfeita uma 'necessidade'. O sistema que o explora lhe dá, ao mesmo tempo, um modelo e a possibilidade de satisfazê-lo. Há que buscar, portanto, a consciência do caráter intolerável do sistema […] na consciência da alienação: […] essas necessidades criam-se artificialmente, são falsas, esgotam e só servem a estas utilidades'". Pensamos que esta é uma discussão necessária no campo da saúde coletiva, do planejamento da oferta dos serviços de saúde, para uma possível crítica ao processo de "homogeneização" das necessidades de saúde, de acordo com os interesses de setores privados.

atos é resultado da interação com outras pessoas com as quais desenvolve as capacidades cognitivas, ativa e emocional[3] (7).

Morais (24) buscou compreender os modos pelos quais os profissionais de saúde das equipes de saúde da família reconhecem e enfrentam as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Identificou que estes profissionais, geralmente, vinculam necessidades de saúde com agravo ou doença ou com a expressão bio-psico-patológica dos problemas levados às equipes pelos usuários e, em alguns casos, com as más condições de vida destes usuários. Estas concepções, por sua vez, estão engendradas no modelo assistencial hegemônico sob o qual os serviços de saúde são organizados.

Quanto aos modos de identificar e acolher as necessidades de saúde da população, por meio do trabalho das equipes de saúde, alguns estudos têm sido propostos com o objetivo de apresentar mecanismos e instrumentos capazes de captá-las. Dentre eles, a pesquisa coordenada por Egry *et al.* intitulada *Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde da população: a Estratégia de Saúde da Família no município de São Paulo* (18). E o documento do Ministério da Saúde "Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde" (12) que indica uma estrutura inicial que contempla "ações de saúde necessárias para impactar positivamente a situação" e "ações antecedentes (ações a serem desenvolvidas anteriormente ou simultaneamente, necessárias para a realização plena da ação em pauta) e ações decorrentes (ações a serem desenvolvidas posteriormente ou simultaneamente, necessárias ao pleno aproveitamento potencial da ação em pauta)"[4].

Outro instrumento para identificar necessidades de saúde foi proposto por Tomasi *et al.* (25). Os autores apresentaram um aplicativo para atenção primária em saúde, denominado "pacotaps", para a caracterização da demanda de unidades básicas de saúde e dos atendimentos realizados, segundo diagnósticos e procedimentos mais frequentes, o que permite identificar a resolutividade destas unidades, bem como diferenças de modelos de atenção se comparadas as unidades entre si. No caso deste aplicativo deve-se ter claro que

[3] Pereira (7) ainda trata da noção de "autonomia crítica", um estágio mais avançado de autonomia, que deve estar ao alcance de todos e que pressupõe a capacidade do ser humano não apenas saber eleger e avaliar informações com vistas à ação, mas de criticar e mudar as regras e práticas da cultura a que pertencem.

[4] Foram destacados estes itens da lista proposta pelo Ministério da Saúde em virtude da vinculação que as ações de saúde descritas têm com os profissionais de saúde que as executarão.

se trata da caracterização de necessidades já “transformadas” em demandas para os serviços e que estão condicionadas a diversas situações, incluindo o “cardápio” de serviços ofertados nas unidades. De qualquer forma, conhecer com maior grau de detalhamento os atendimentos realizados nas unidades é condição fundamental para o planejamento, monitoramento e avaliação desses atendimentos, e podem auxiliar na discussão do planejamento da força de trabalho necessária para implementar mudanças com vistas à melhoria da qualidade e resolutividade da atenção prestada.

Campos e Bataiero (16) afirmam que, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, expressa no projeto da reforma sanitária que instituiu o SUS, as intervenções dos serviços de saúde não deveriam limitar-se à doença, mas abarcar os determinantes sociais deste processo. Porém, a partir do levantamento da produção bibliográfica sobre necessidades de saúde no campo da saúde coletiva, que questionou “quais as necessidades de saúde estão sendo apreendidas pelos serviços de saúde [e] qual é o conceito de necessidade de saúde utilizado na implementação de práticas pelos serviços de saúde?” identificaram que o conceito de necessidades de saúde eleito pelos serviços de saúde tem sido o operacional, utilizado para escolher o objeto da atenção à saúde, geralmente como sinônimo de necessidades de cuidados de agravos ou cuidados de eventos específicos do ciclo vital (exemplo: pré-natal).

Portanto, a ampliação da cobertura das equipes de saúde da família deve ser acompanhada de ampliação da resolutividade destas equipes, atrelada à possibilidade de consolidação de uma rede de saúde de caráter integral e universal, cujo modelo de atenção não esteja prioritariamente vinculado aos interesses do mercado. De outra forma, a extensão de serviços de atenção primária apenas contribuirá na “ampliação da clientela” do mercado de saúde, induzindo o aumento do consumo de consultas especializadas em outros níveis da assistência e todos os recursos disponíveis neste mercado, de pouca contribuição à melhoria na qualidade de vida e de saúde da maioria da população. Financiados pelo Estado ou individualmente.

Cecílio (26) propõe uma classificação das necessidades de saúde em quatro grandes grupos: i) ter “boas condições de vida”, em outros termos, a maneira como se vive "traduz-se" em diferentes necessidades de saúde; ii) ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; iii) poder criar vínculos

(a)efetivos entre usuário e equipe e/ou um profissional; e iv) ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, sendo que a autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida.

Para Cecílio apoiado em Stotz[5], a classificação das necessidades seria uma estratégia para traduzir um conceito normativo (de necessidade de saúde) para o plano operacional, ou seja, algo mais próximo de ser utilizado pelas equipes de saúde para, por exemplo, planejar seus processos de trabalho (26). Para tanto, é imprescindível o fortalecimento das instâncias coletivas para a definição de necessidades prioritárias a serem satisfeitas pelas políticas de saúde, espaços verdadeiramente democráticos de interlocução entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores sobre a demanda e o planejamento da oferta de serviços de saúde, bem como sobre o processo de construção destas demandas, como possibilidade de ampliação da consciência sanitária e política de todos os sujeitos envolvidos.

No entanto, é preciso cautela para que esta taxonomia proposta possa fazer emergir necessidades de saúde menos "manipuladas" ou "homogeneizadas" pelo sistema capitalista ou ajudar a escapar à redução destas necessidades em necessidades de consumo de procedimentos e ações de saúde. Pois, a subjetividade incorporada ao termo "boas condições de vida", pode, ao invés de contribuir para a operacionalização de ações no sentido de identificar necessidades de saúde, ocultá-las, quando resumidas ao consumo de bens e serviços, consequentemente, obstaculizando o alcance da autonomia e plenitude do homem por meio do trabalho emancipado.

Para Campos e Mishima (27) "responder a necessidades de saúde significa implementar processos de trabalho numa perspectiva intersetorial, com base no reconhecimento das necessidades de saúde das diferentes classes sociais que compõem o território". Em artigo que buscou identificar e analisar o que os usuários e os trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) reconhecem como necessidades de saúde, as autoras indicaram que, enquanto os moradores reconhecem como necessidades de saúde "a necessidade da presença do Estado, necessidades de reprodução social e necessidade de participação política", os trabalhadores de saúde identificam como "objeto do trabalho os

[5] Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). (Tese Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

sintomas e as doenças de moradores que conformam a demanda espontânea da unidade" composta, principalmente, por aqueles que não possuem a alternativa do plano ou seguro privado de saúde.

A partir disso, propõe-se que, além dos indicadores de saúde tradicionais, demográfico-epidemiológicos, dos indicadores de resultado, como a identificação da proporção de internamentos por condições sensíveis à atenção primária[6] nas regiões, os principais diagnósticos ou motivos de busca por ambulatórios de pronto-atendimento, sejam consideradas também as condições determinantes e geradoras destes resultados. As condições de vida, de trabalho e a relação destas com o meio ao qual estão inseridas é imprescindível para o reconhecimento das necessidades humanas a serem enfrentadas pelas políticas sociais, intersetorialmente. A partir da identificação de demandas é necessário desvelar as necessidades que as determinam.

A viabilização de espaços de encontro entre as equipes de saúde e a população é imprescindível para a identificação técnica e social das necessidades, para o planejamento coletivo das ações e dos recursos necessários para ofertar assistência comprometida com a resolutividade, mas, também, para a ampliação do grau de consciência da população (e dos profissionais de saúde) sobre estas necessidades e seus determinantes. Esta formação política, para exigir direitos sociais, deve acontecer no cotidiano dos serviços de saúde, num movimento contra-hegemônico que alargue a compreensão da saúde para além do consumo de consultas, medicamentos e outras mercadorias.

Portanto, os modos de satisfação da necessidade de manter e promover a saúde são determinados pelos modos de produção material do homem que, na sociedade capitalista, transformam-se em mercadoria, posto que também a força de trabalho foi assim transformada neste sistema. O consumo destas mercadorias (medicamentos, consultas e exames médicos etc.) dá a falsa impressão de que se está satisfazendo a necessidade de saúde, quando, na verdade, está-se satisfazendo uma necessidade social própria do capitalismo, a de acumulação de capital, que apesar de ser social, não é de todos.

[6] A Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 traz a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (28).

1.2 Os modelos assistenciais e o atendimento das necessidades sociais e de saúde

Para a compreensão do modo de produzir as ações e organizar os serviços de saúde em uma dada realidade é necessário i) identificar o problema tomado como objeto das ações de saúde e qual a compreensão que se tem dele, ii) entender quais os meios possíveis para intervenção sobre o problema (quais os instrumentos, quais os trabalhadores, qual configuração institucional de serviços e quais os modos de produção – privado, público, ...), e iii) entender como e quais grupos sociais fazem dos seus projetos e interesses elementos componentes dos problemas de saúde. Desta forma, é possível compreender que "as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ações no âmbito institucional são politicamente determinadas" (29).

Portanto, os sistemas de saúde podem adotar modelos assistenciais que se organizem em função das necessidades e dos direitos dos cidadãos à saúde e à vida ou em função dos interesses do mercado e dos grupos sociais que lucram com os resultados deste modelo. Entretanto, como "as necessidades consideradas essenciais à reprodução da vida são social e historicamente definidas. […] em cada época altera-se a composição do conjunto de bens e serviços considerados indispensáveis à manutenção da vida" (30).

Para Campos (31), modelo assistencial não deveria ser entendido como um conjunto "petrificado" de normas e regras que organizariam abstratamente certo desenho técnico, mas sim como o modo pelo qual são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las. Desta forma, é possível identificar modos de produção existentes e propor a construção de novos modelos, novas políticas, para além da anunciação de diretrizes gerais.

Merhy; Cecílio e Nogueira-Filho (29) elencaram três posições conceituais principais, normalmente tomadas para a definição de modelo assistencial: a) uma que define o modelo assistencial a partir dos saberes clínico ou epidemiológico e classificam as ações como curativas ou preventivas; b) outra que se baseia na organização de instituições de serviços de saúde e no arranjo dos serviços, tipo de instituição prestadora e hierarquia estabelecida entre elas, classificando o modelo como "hospitalocêntrico" ou estruturado a

partir da atenção primária; e c) aquela que compreende o modelo a partir de determinados projetos políticos e que expressam os interesses de grupos ou classes sociais distintas.

Este estudo filia-se à definição de modelo assistencial enquanto arranjo organizacional da produção de serviços de saúde, a partir da composição dos saberes da área de saúde, determinado por projetos políticos que expressam os interesses de determinados agrupamentos sociais construídos a partir das disputas e determinadas forças sociais (29).

Historicamente, a forma como o trabalho em saúde desenvolveu suas finalidades, construiu seus instrumentos e articulou-se às necessidades sociais variou, segundo o movimento geral da vida social ao qual esteve inserido. Por isso, diferem os modos de enfrentar o sofrimento, a dor e a morte ao longo da história, não apenas em sua técnica, mas, também, em seu sentido e significado humano de sua finalidade.

Nas sociedades capitalistas modernas surgiram dois grandes conjuntos de necessidades sociais: controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva e a necessidade de recuperar a força de trabalho na mesma escala. Para o enfrentamento da primeira, foram desenvolvidas tecnologias fundadas nas explicações e intervenções coletivas, conformando a vertente sanitária, enquanto para a segunda, estruturou-se a vertente clínica. Embora com vários graus de inter-relação e complementariedade, estas duas grandes vertentes do trabalho em saúde ocuparam lugares distintos: a clínica ocupando o lugar mais relevante e operando principalmente em hospitais, e a sanitária - epidemiológica - operando por meio das instituições de saúde pública. “As propostas tecnológicas deveriam sempre se iniciar com base no conjunto de necessidades presentes nas consciências sociais e expressas nas demandas sociais por serviços de saúde” (8).

Campos (31) identificou a existência de vários modelos assistenciais, decorrentes de diversas políticas de saúde, ao longo da história da organização de sistemas de saúde no Brasil. Destacou os mais significativos e que continuam presentes na arena nacional: o modelo liberal-privatista, o modelo racionalizador-reformista e o modelo proposto pelo SUS, ainda a ser construído.

Historicamente, o modelo liberal-privatista antecede os demais. O mercado organiza a produção e distribuição de serviços de saúde, portanto, é a partir da existência de demanda potencial, de um mercado, que se constituem os serviços e, não as necessidades

de saúde, prioritariamente. O planejamento em saúde, neste caso, é dispensável uma vez que o investimento é realizado onde há possibilidade de retorno financeiro. Neste modelo, os usuários pagam pela assistência direta ou indiretamente (31).

Neste modo de organizar os serviços de saúde, predomina a atenção individual, curativa, centrada em procedimentos ofertados ambulatorialmente ou em hospitais privados. Mesmo quando não há necessidade de internação hospitalar (que tem sido evitada frente ao aumento dos custos), o atendimento ambulatorial segue a lógica do pronto-atendimento e da indução do consumo de procedimentos e medicamentos com abordagem restrita à queixa principal.

O papel do Estado neste modelo tem sido o de garantir a ampliação deste mercado, por meio da extensão da assistência médico-hospitalar, financiando e comprando serviços do setor privado. Estudo recente de Ocké-Reis e Santos (32) indicou que o Estado tem patrocinado o sistema privado, em particular o mercado de planos de saúde e de serviços médico-hospitalares, inclusive destinando recursos públicos para custear o pagamento de planos privados aos trabalhadores da administração pública direta e indireta. Além disso, ao Estado cabe ainda a manutenção de ações de "Saúde Pública" e o atendimento daqueles que não foram incorporados ao mercado privado do setor saúde.

De impacto bastante limitado no perfil sanitário da população, este modelo vem sendo questionado há mais de trinta anos em razão de sua baixa eficácia, privilégio aos interesses privados e lucrativos em detrimento das necessidades de saúde da população e desigualdades no acesso e distribuição da oferta de serviços (31).

No entanto, aparentemente, nos últimos anos, tem ganhado legitimidade perante a população em virtude da decantada (e intencional) baixa qualidade dos serviços públicos. O acesso de milhões de brasileiros a empregos formais no mercado de trabalho e a ascensão à chamada "classe média" tem possibilitado a ampliação da extensão da cobertura de planos privados de assistência à saúde que chegaram a atingir 67,6% da população em Vitória (ES), 59,2% em São Paulo (SP) e 49% no Rio de Janeiro (RJ). Em 70% dos municípios brasileiros, no entanto, a cobertura dos planos é menor que 5% da população, apontando para a desigualdade do acesso típica de modelos assistenciais pautados pela lógica de mercado (34).

Outro modelo assistencial, denominado por Campos (31) de "racionalizador-reformista", foi uma resposta, dada na década de 1980, aos problemas identificados no modelo liberal-privatista. Este modelo pretendia reparar as principais distorções da prática liberal sem liquidar a medicina de mercado. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) são exemplos deste modelo, citados pelo autor.

Mesmo com limitações, essas propostas ampliaram a capacidade do Estado de produzir serviços de saúde, introduziram a prática do planejamento em saúde como instrumento mais eficaz e mais justo do que o mercado na destinação de recursos e serviram como contraprojeto aos serviços organizados segundo a ótica liberal. "No entanto, a convivência de dois modelos antagônicos acaba paralisando o pleno desenvolvimento das duas alternativas", aponta Campos (31).

Apesar dos princípios de universalidade no atendimento, integralidade e equidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, descentralização das ações e do poder decisório, participação popular, planejamento e controle do sistema pelo setor público, os recursos públicos eram destinados ao pagamento por serviços prestados pelo setor privado, já que eram poucas as prefeituras que contavam com rede própria de atenção (33). Nesse modelo, a rede básica se expandiu como extensão dos pronto-atendimentos do setor privado, mais como prática "residual" do sistema do que como ordenadora da rede (31).

De acordo com Paim (35), o braço acadêmico do Movimento da Reforma Sanitária, na década de 1970, inspirado pelo marco conceitual da Medicina Social desenvolvida na Europa, no século anterior, elaborou uma nova concepção de saúde centrada, principalmente, em dois conceitos: a determinação social das doenças e o processo de trabalho em saúde. O entendimento de que saúde e doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica permitiu ampliar a análise e as proposições sobre os modos de intervenção sobre a realidade.

Em relação às necessidades de saúde, este movimento buscou recuperar certos aspectos culturais e componentes psicológicos e subjetivos, envolvidos na sua definição, questionando a noção economicista das necessidades humanas, quando restringia a concepção de saúde como resultado das formas de organização da produção (35).

Ainda que tenha recebido algumas críticas pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, a Medicina Comunitária influenciou a lógica da organização dos serviços de saúde quanto às propostas de regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade, entre outras. Ao mesmo tempo em que se desenvolviam teórica e conceitualmente os fundamentos da proposta para organização de um novo sistema de saúde, produzia-se alternativas de práticas, a partir de reflexão teórica sobre tecnologias e sobre o modelo de organização tecnológica do trabalho em saúde. Assim, "o conceito de práticas de saúde, inicialmente pouco considerado na análise política do movimento sanitário ou na formulação de macropolíticas, tornou-se imprescindível para balizar a implementação da Reforma Sanitária" (35).

Para este novo modo de organizar e distribuir os serviços de saúde, o planejamento seria a alternativa ao mercado; ou seja, a saúde passa a se constituir em direito e deverá estar acessível a partir das necessidades da população e não do seu poder aquisitivo. A reforma sanitária propunha a universalidade e a gratuidade do atendimento, devendo ser o sistema organizado a partir de uma racionalidade técnica e política, hierarquizado segundo a complexidade da atenção e dos problemas de saúde e, regionalizado conforme a distribuição populacional e do perfil sanitário das comunidades (31).

De acordo com Campos (31), este modelo exige o desenvolvimento de uma ampla rede básica, que juntamente com os pronto-socorros, garanta o primeiro atendimento às pessoas. Estes serviços, distribuídos geograficamente, deveriam ter condições e estrutura adequadas para prestar atendimento ambulatorial às intercorrências clínicas mais comuns, de todas as faixas etárias e, de forma integrada, desenvolver ações de saúde pública.

No entanto, o autor alerta para a incompatibilidade do modelo proposto, baseado na estruturação de uma rede básica universal e resolutiva, com mecanismos de gestão e de financiamento "barateados", pobres e primários. Há necessidade de incorporar tecnologia, força de trabalho e recursos físicos capazes de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde, ocorrendo uma ampliação das atividades desenvolvidas. Portanto, a conformação do aparato tecnológico, bem como da força de trabalho, deve se dar a partir das necessidades identificadas e do tamanho da população a ser atendida.

Campos (31) analisa ainda que, para que a rede básica de fato seja resolutiva, a rede de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia também deverá ser reorganizada e distribuída a partir dos critérios de planejamento utilizados para organizar a rede básica. Sugere que o usuário deva sair o mínimo possível de sua região, e que um percentual maior de exames seja realizado na própria unidade de saúde. Nesse sentido, deveria ser ampliada a rede pública própria de laboratórios e centros de diagnóstico. No entanto, esta reorganização não ocorreu exatamente assim.

Dados das pesquisas de Assistência Médica Sanitária (AMS), realizadas pelo IBGE de 1999 a 2009, apontam para a ampliação da rede privada de laboratórios e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia a partir da instituição do SUS.

Tabela 1. Equipamentos existentes em estabelecimentos de saúde por esfera administrativa, segundo o tipo de equipamento – Brasil, 2002-2009

Ano	(Total)	Disponíveis ao SUS	Públicos	Privados	Privados utilizados pelo SUS
Equipamentos de diagnóstico por imagem					
2002	42815	18906	10267	32548	13347
2009	63699	25616	15215	48484	16868
Equipamentos por métodos óticos					
2002	17649	7386	3124	14525	6256
2009	22761	9667	4794	17967	7318
Equipamentos por métodos gráficos					
2002	20089	11020	6885	13204	5974
2009	28662	15941	10831	17831	7494
Equipamentos para terapia por radiação					
2002	816	558	106	710	510
2009	731	445	108	623	441
Equipamentos para manutenção da vida					
2002	196501	120655	60803	135698	79333
2009	203352	114622	67567	135785	69621
*Outros equipamentos**					
2002	111542	62084	41295	70247	34233
2009	222568	123384	79689	142879	63534

Fonte: Pesquisas Assistência Médico-sanitária – IBGE (36; 37; 38).

*Aparelho de diatermia por ultrassom/ondas curtas, aparelho de eletroestimulação, bombas de infusão e hemoderivados, cicladora DPA/DPAC, equipamento de aferese, equipamento de circulação extracorpórea, equipamento para audiometria, equipamento para gasometria sanguínea, equipamento para hemodiálise, equipamento para oxigenoterapia hiperbárica, forno de Bier, equipo odontológico, equipo móvel, ND *Yag laser, o*utros não especificados.

Em relação aos equipamentos utilizados pelos serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT), os equipamentos de diagnóstico por imagem foram ampliados em 48,78% de 2002 a 2009, sendo que, em média, atualmente, 76% destes equipamentos são privados (Tabela 1). Dos equipamentos privados, a utilização pelo SUS foi de 41,01% em 2002 e 34,79% em 2009. Os equipamentos privados foram ampliados em 48,96% no

período analisado, porém a utilização destes pelo SUS foi reduzida em 6,22 pontos percentuais. Na Tabela 1, verifica-se que os equipamentos de diagnóstico por imagem públicos também apresentaram um aumento de 48,19% de 2002 a 2009, porém, permaneceram representando, aproximadamente, 24% do total de equipamentos na rede de estabelecimentos de saúde no período, além disso, os equipamentos de diagnósticos por imagem disponíveis aos SUS foram reduzidos de 44,16% em 2002 para 40,21% em 2009. Esses dados apontam para uma utilização crescente pelo setor privado, uma vez que, mesmo mantendo-se a proporção de 76% privados/24% públicos, os equipamentos de diagnóstico por imagem estão menos disponíveis ao SUS.

Quanto aos equipamentos por métodos óticos, foi observado um crescimento de 28,96% entre 2002 e 2009, sendo que os equipamentos privados representaram, em média, 80% do total destes equipamentos. Destes equipamentos privados, foram utilizados pelo SUS 43,07% em 2002 e 40,73% em 2009. Os equipamentos disponíveis pelo SUS foram ampliados em 30,88%, representando, em média 40% do total de equipamentos por métodos óticos no país (Tabela 1).

Os equipamentos por métodos gráficos apresentaram um crescimento de 42,67% entre 2002 e 2009, da mesma forma, estes equipamentos disponíveis para o SUS também foram ampliados em 44,65%, ainda que praticamente tenham mantido uma proporção de 55% do total de equipamentos por métodos gráficos ao longo deste período. Proporcionalmente, o setor privado foi o responsável por 63,5%, em média, dos equipamentos por métodos gráficos. Destes, aproximadamente, 40% eram utilizados pelo SUS (45,24% em 2002 e 42,03% em 2009). Apesar de apresentarem um aumento de 57,31%, os equipamentos públicos de métodos gráficos mantiveram a proporção em relação ao total de 34,27% em 2002 e 37,79% em 2009 (Tabela 1).

Os equipamentos para terapia por radiação sofreram uma redução no país de 10,42% no período analisado. Apesar de o setor público manter o número de equipamentos durante esta década (variação de 1,89%), a redução em 12,25% no setor privado destes equipamentos também foi acompanhada da redução dos equipamentos disponíveis ao SUS (- 20,25%) e dos privados utilizados pelo SUS (- 13,53%). Do total de equipamentos para radioterapia privados, manteve-se uma média de uso pelo SUS de, aproximadamente, 70% (71,83% em 2002 e 70,79% em 2009). Proporcionalmente, os equipamentos privados

representaram 87,01% do total de equipamentos para radioterapia em 2002 e 85,23% em 2009 (Tabela 1).

Os dados apresentados apontam para a necessária reflexão de que reorganizar o modelo assistencial deve ser uma tarefa imposta a todo o sistema de saúde. Distribuir apenas um nível da assistência a partir de critérios populacionais e de necessidades de saúde e outros níveis a partir da lógica de mercado inviabiliza as transformações necessárias em todo o sistema e, portanto, põe em suspensão a unicidade e a consolidação do SUS.

Também para Cohn e Elias (39), a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos e, portanto, mediada por mecanismos de mercado, em detrimento de uma lógica subordinada aos direitos e às necessidades sociais. O resultado desta organização é a restrição da cobertura, a desigualdade do acesso e do tratamento prestado e barreiras para o planejamento dos serviços, que contemple esta diversidade de instituições e modalidades de financiamento.

No modelo assistencial identificado, por Campos (31), como adequado ao SUS, progressivamente devem ser incorporados na rotina das equipes ações anteriormente centralizadas em unidades especializadas para atendimento de doenças específicas, como tuberculose e hanseníase ou grupos específicos da população e, mesmo as ações centralizadas de vigilância à saúde, devem fazer parte da rotina de unidades básicas de saúde. A descentralização de ações e serviços de saúde ao nível mais próximo da população usuária deve ser acompanhada de ampliação da capacidade resolutiva e da autonomia das equipes de saúde para executá-las. Portanto, não se trata de "desresponsabilizar" nenhuma parte do sistema "repassando" tarefas para outras, mas de reorganizar e realocar recursos financeiros, materiais e força de trabalho para mais próximo da população.

Quanto mais próximo da população usuária, mais chances tem o serviço de trocar informações, tanto individualmente, no dia a dia, como coletivamente, em grupos, reuniões etc. Este intercâmbio de informações deve compor interesses e preocupações das pessoas que utilizam os serviços, como os interesses da equipe de saúde. Nesse sentido, abrem-se espaços para a construção coletiva das necessidades a serem acolhidas em cada um dos serviços, unidades e equipes de saúde, de forma a serem respeitadas as singularidades de cada território, população e equipe. A equipe de saúde poderá dedicar-se a

compreender melhor as necessidades e problemas de saúde daquela população, naquele território, sobretudo se existirem condições de trabalho que favoreçam a longitudinalidade da atenção e a criação de vínculos trabalhadores e usuários ao longo do tempo.

Coelho (17) aborda os diferentes modelos assistenciais em saúde existentes ou que já existiram a partir dos arranjos institucionais e organizacionais e, também, dos paradigmas científicos – conjunto de teorias, conceitos e ideias científicas - que sustentam cada um desses modelos e práticas de saúde. Para o autor, determinadas concepções de saúde – e doença – influenciam as formas de organizar e prover serviços de saúde que sofreram mudanças ao longo da história.

Quando, por exemplo, no período histórico conhecido como Idade Média, a Igreja estabeleceu a relação entre doença, pecado e sua expiação, os hospitais foram concebidos como lugar para receber pessoas que necessitassem alguma ajuda, incluindo os doentes, especialmente os pobres. O objetivo da assistência era mais "a salvação das almas" do que "a cura dos corpos" (17).

Ao saírem da gestão da Igreja para serem geridos pelo Estado, entre o século XVIII e XIX, os hospitais tornam-se progressivamente local para cuidar de doentes e, os médicos, atraídos pela possibilidade de estudar e compreender melhor o processo de adoecimento. Data também do século XIX, a elaboração da teoria bacteriológica que explicava o adoecimento a partir da ação de bactérias ou outros agentes infecciosos e, consequentemente, impunha o laboratório como coadjuvante da prática médica na elucidação das causas das doenças, auxiliando nos diagnósticos e tratamentos adequados. Nesse paradigma, "é no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procuram as causas do adoecimento […] A história natural da doença é dominada pelos fenômenos biológicos e sua história social é praticamente abolida" (17).

Também para Silva Junior (40), o modelo hegemônico de organizar serviços de saúde, no mundo ocidental, tem origem nos séculos XVIII e XIX, com a descoberta de microrganismos e sua associação ao adoecimento. Esta teoria contribuiu para o desenvolvimento da chamada Medicina Científica, que tem no Relatório Flexner, de 1910, um dos principais marcos desta proposta. O crescimento da indústria de equipamentos médicos, de medicamentos e a ampliação de pesquisas médicas dentro deste enfoque, foram alguns dos resultados deste movimento no início do século XX.

Este modelo de compreensão e de intervenção sobre o processo saúde-doença tem sido útil aos propósitos do sistema capitalista, atuando principalmente em dois âmbitos: ideologicamente, no ofuscamento da determinação social do processo saúde-doença, imbricada ao modo como a sociedade tem se organizado para produzir, objetiva e subjetivamente, as condições para satisfação das necessidades humanas e, na acumulação de capital, tendo em vista o próspero mercado que se estruturou em torno da expectativa de tratar e controlar as doenças, no intuito proclamado da busca por uma vida mais longa e mais saudável.

De acordo com Nogueira (41), no sistema capitalista, os serviços de saúde atuam como "sustentadores" de uma crescente demanda por produtos da indústria de insumos médico-hospitalares e farmacêuticos. São os serviços, pertencentes a empresas de iniciativa privada ou ao Estado, que possibilitam a geração de uma demanda para consumo das mercadorias (medicamentos, equipamentos para exames diagnósticos, instalações laboratoriais e hospitalares) produzidas pelo setor industrial. A acumulação que ocorre na área industrial é imensamente maior que a do setor de serviços e existirá mesmo que os serviços de saúde sejam público-estatais, caso a circulação desta mercadoria se dê numa escala adequada ao volume da produção, pois, de acordo com a análise do autor:

> Os serviços de saúde, qualquer que seja sua natureza econômica, estão subordinados às relações capitalistas de produção e de troca impostas pelas indústrias de insumos. Originam um mercado específico para o consumo dos meios de trabalho (meios de diagnose e terapia) e mantêm uma demanda adequada à acumulação industrial. […] Quando adiantam dinheiro, na compra dos meios de trabalho (da indústria), seu papel assemelha-se ao do comércio; quando orientam o consumo, aproximam-se mais da função econômica exercida pela publicidade. Em qualquer caso, as empresas de serviços de saúde, capitalistas ou não, são agentes do capital industrial e formalmente estão submetidas a seu domínio econômico (41).

No entanto, havendo uma diminuição da demanda pelas mercadorias produzidas pela indústria médica-hospitalar, poderia haver uma desvalorização de capital em razão da superprodução dessas mercadorias. As crises capitalistas têm origem no desequilíbrio entre a produção e o consumo de mercadorias, neste caso, a diminuição da demanda por medicamentos, insumos médico-hospitalares, poderia gerar uma crise no setor

saúde. “Esta é a 'função' específica que cabe às empresas capitalistas de serviços de saúde no âmbito mais geral da economia capitalista – ampliar a demanda pelos insumos e diversificá-la” (41).

Talvez, esta seja a principal razão para a hegemonia e a não superação do modelo biomédico e medicalizante de atenção à doença e, de certa forma, para o papel coadjuvante do nível primário de atenção à saúde, tendo em vista o “fraco desempenho” na incorporação e consumo de tecnologias duras, mais rentáveis ao setor industrial. A abordagem mais suscetível à incorporação de tecnologias à velocidade na qual são produzidas é a curativa, tanto mais tardiamente for feito o diagnóstico, mas possível ainda de tratamento, visto que o diagnóstico precoce da maioria das doenças exige o consumo reduzido de tecnologia, comparativamente aos casos mais avançados.

Assim como o biologicismo[7] e a tecnificação do ato médico[8], características do modelo hegemônico de organizar e produzir serviços de saúde, a especialização profissional é adequada aos propósitos de crescente acumulação capitalista. Além de induzir o aumento de custos nos serviços, em virtude da necessidade de incorporação de variados tipos de mão-de-obra, a consequente fragmentação do processo de trabalho em virtude da especialização possibilita acrescentar meios de trabalho específicos (equipamentos e insumos médico-hospitalares) a cada uma das partes deste processo. Assim, não somente os médicos especialistas têm, cada um, a necessidade de introduzir meios especializados para o diagnóstico e a terapia, conforme a parte que lhe coube “atender” (ortopedistas, obstetras, oftalmologistas etc.), como a formação de novos profissionais especialistas pressupõe a ampliação da produção e do consumo de novas tecnologias, pois a tecnificação do processo de trabalho está difundida em todo o campo da saúde.

---

[7] Entende-se por biologicismo a concepção “Originada nos avanços da microbiologia, a partir do século XIX, que pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e consequências; sendo os determinantes sociais e econômicos excluídos da causação” (40) ou incorporados apenas como mais um dos “fatores causadores”, de igual e, às vezes, menor importância, que os fatores biológicos.

[8] Por tecnificação do ato médico, Silva Junior (40) define como sendo “a necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica e para a terapêutica […] coadunada com a visão geral de que a ciência e tecnologia trariam progresso para a humanidade […] definindo-se, por razões ideológicas e econômicas, parâmetros de qualidade baseados no grau de incorporação tecnológica da prática médica, sem correlação com a capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças”.

Paralelamente aos avanços tecnológicos, progressivamente, o hospital se tornou uma organização complexa, transformando-se em local de pesquisas, de ensino, além de cuidados médicos. A associação entre hospital, a visão "científica" da medicina e a compreensão biológica para o enfrentamento da doença, se constituiu no modelo hegemônico para organizar serviços de saúde a partir da segunda metade do século XIX até o século XX (17). Com base nesses elementos centrais foram organizados, a partir da ação do Estado, sistemas de saúde diferenciados quanto ao acesso aos serviços prestados, função do Estado no financiamento, regulação e prestação dos serviços.

A partir da segunda metade do século XX, algumas críticas são realizadas ao modelo hegemônico em razão, dentre outras, dos altos custos, dos limitados resultados, sobretudo na alteração dos níveis de saúde da população e também, dos efeitos iatrogênicos do uso abusivo da tecnologia pela medicina tecnicista e hospitalocêntrica. Os "cuidados primários de saúde" representaram, naquele momento, o contraponto ao modelo hegemônico visto que enfatizavam a necessidade de organizar sistemas de saúde a partir de ações preventivas, intersetoriais visando abordar os determinantes sociais da doença, a partir da atuação de equipes multiprofissionais, valorizando, portanto, os demais profissionais de saúde (17).

No Brasil, desde o período do Império, as ações públicas de saúde foram destinadas ao controle das endemias e epidemias, ao saneamento de portos e cidades, deixando a cargo da filantropia e da medicina privada a construção e manutenção de hospitais. Tinham acesso aos cuidados médico-hospitalares os grupos sociais mais abastados. Na primeira metade do século XX, o Estado ampliou as ações de controle e higiene com medidas campanhistas, geralmente autoritárias com o intuito de atingir grande parte da população. Quanto às ações hospitalares, ao Estado coube especializar-se em doenças que acometiam segmentos populacionais que, no entanto, poderiam causar danos a toda a população, como as infecciosas e os transtornos mentais (17).

Ainda no início do século XX, começam a surgir os "primeiro embriões do modelo médico-assistencial" com o aparecimento das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), institucionalizadas com a Lei Elói Chaves, em 1923, que concediam benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) e prestação de assistência médica aos trabalhadores empregados e seus dependentes. Eram financiadas pelos próprios empregados e

empregadores e organizadas por empresas, primeiramente nas empresas de estrada de ferro, mais tarde estendidas aos portuários e marítimos (33).

Em 1933, as CAPs dão lugar aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), não mais organizados por empresas, mas por categorias de trabalhadores, sendo "transferidos" da sociedade civil para o interior do aparelho de Estado. O presidente desses institutos passou a ser nomeado pelo Presidente da República e o financiamento dos institutos passa a ser responsabilidade conjunta do Estado, empregados e empregadores e a gestão dos recursos é centralizada nas mãos do Estado. Nesse período houve um aumento da rigidez dos critérios para concessão dos benefícios, diminuição dos valores a serem concedidos e aumento progressivo da contribuição dos segurados (33).

Este processo de centralização política é fortalecido com a criação dos Ministérios do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde, em 1930. Ao primeiro coube a gestão da assistência médica-hospitalar aos trabalhadores segurados dos IAPs; ao segundo, as ações de saúde de caráter coletivo. Esta dicotomia entre a "saúde pública" e a atenção médica individual persistiu mesmo após a criação do Ministério da Saúde, em 1953 que, na prática, incorporou apenas a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde (33).

Em 1967, com o argumento de racionalização de custos, os IAPs são unificados em um Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste período, sob o regime de ditadura militar, foram excluídos da gestão do INPS, os trabalhadores e os empregadores, ao mesmo tempo em que se ampliou a influência da indústria farmacêutica, de equipamentos médico-hospitalares e dos proprietários de hospitais, junto à direção da previdência. A extensão da cobertura da assistência à saúde ligada à previdência foi uma das características desse período, possível graças à proliferação de contratos de serviços com empresas privadas Saúde (33).

Coelho (17) afirma que o crescimento dos hospitais, no Brasil, deu-se em dois polos: um público, voltado para as doenças infecciosas e mentais, por meio do qual o governo federal investia no combate às endemias e os estados e municípios no atendimento de urgências e emergências; e outro, do segmento privado e filantrópico, cuja rede própria também se ampliava com subsídios do Estado que, além de comprar serviços, financiou a construção de grande parte da rede deste segmento no país.

Na década de 1970, permaneceu a dicotomia entre as áreas preventiva e curativa, as ações voltadas ao coletivo e aquelas de caráter individual, definindo-se a atuação do Ministério da Saúde e do recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social. Porém, durante esta década, ganha força o movimento pela Reforma Sanitária que, a partir de críticas que evidenciavam os limites e problemas do modelo assistencial hegemônico daquele momento, formulou propostas que destacavam a importância da atenção ambulatorial, a necessidade de investimento na construção de uma rede pública de serviços organizados em regiões e hierarquizados conforme a complexidade tecnológica e dos problemas a serem atendidos, e a defesa de princípios como a universalidade, a integralidade e a igualdade de acesso e atenção Saúde (33).

Coelho (17) observa que, atualmente, convivem os modelos liberal-privatista e um nacional público, representado pelo SUS, no qual se utilizam práticas diversas, desde campanhas até assistência médica nos moldes da previdência. Enfim, "seja no SUS, seja na saúde suplementar, o sistema de saúde é ainda fortemente centrado em médicos e hospitais" (p.112). Este autor identifica vários outros modelos alternativos, os quais vêm sendo experimentados em diversos municípios e estados brasileiros: a medicina comunitária; as ações programáticas de saúde; os sistemas locais de saúde (Silos); as cidades saudáveis; em defesa da vida; o modelo de vigilância à saúde e a estratégia saúde da família como modelo organizativo da atenção primária. A seguir, apresenta-se com maior detalhamento cada um desses modelos.

A maioria dos modelos alternativos ao hegemônico baseia-se na proposta sistematizada por Bertrand Dawson, em 1920, médico inglês que elaborou um relatório propondo a reestruturação dos serviços ingleses criticando o modelo flexneriano, que sustenta(va) o modelo biomédico. Esse relatório defendia o Estado como provedor e controlador de políticas de saúde, devendo os serviços de saúde responsabilizar-se pela atenção preventiva e curativa, de maneira hierarquizada e em regiões específicas (40). De um modo geral, foi um documento importante para apoiar a construção dos sistemas nacionais de saúde, de caráter eminentemente públicos em contraposição à oferta predominantemente privada de serviços médicos nos moldes do modelo hegemônico.

No entanto, o conjunto de forças políticas que se articularam em torno das propostas destes relatórios – Flexner e Dawson – e os projetos políticos de cada país,

fundamentalmente em relação ao papel do Estado nas políticas sociais e de saúde, possibilitaram organizações muito diversas em cada local. Enquanto em alguns países, como os Estados Unidos, coube ao Estado subsidiar apenas ações de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, relegando a assistência médica ao setor privado, em alguns países europeus, deu-se início à construção de sistemas de saúde nacionais, públicos e universais (17).

Apesar de o Informe Dawson ter sistematizado a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, desde 1860 já existiam sistemas de saúde com estas características, como a antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e, nos Estados Unidos, em 1910. Alguns autores defendem a ideia de que, de certo modo, a proposta de Dawson auxiliou os países capitalistas na resposta conservadora às ameaças socialistas. "É preciso salientar que essa aparente polaridade entre a medicina flexneriana e a proposta de Dawson expressa, na verdade, os dois lados da mesma moeda" (p.56) (40).

As propostas apresentadas, a seguir, demonstram tentativas de organizar os serviços de saúde na direção da consolidação de sistemas nacionais de saúde, que têm em comum a crítica ao modelo médico-assistencial hegemônico, a incorporação da dimensão social na concepção de saúde e doença, a hierarquização e regionalização, a valorização do trabalho de equipes multiprofissionais, a articulação intersetorial e o desenvolvimento da atenção primária como porta de entrada para o sistema. Algumas propostas são divergentes quanto à universalidade *versus* seletividade, integralidade da assistência e perspectiva racionalizadora de custos e uso de tecnologias.

1.2.1 O modelo da medicina comunitária

De acordo com Silva Junior (40), esta proposta corresponde à resposta racionalizadora, para contenção dos custos, progressivamente crescentes, do modelo da medicina científica. O crescimento das periferias pobres urbanas era uma preocupação, em Nova York, por exemplo, que organizava serviços comunitários de saúde articulados com recursos da comunidade. Os centros de saúde prestavam atendimento para algumas doenças

infecciosas (tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis) e doenças mentais, além de puericultura, imunizações e pré-natal, articulando-se com o modelo de saúde pública que se ocupava da higiene das cidades e do controle de epidemias, no modelo campanhista.

Na Inglaterra, a proposta de Dawson foi implantada a partir da década de 1940, tendo se difundido para países africanos e asiáticos de influência inglesa. Nos Estados Unidos, os programas de medicina comunitária foram implantados a partir da década de 1960, com o propósito de "integrar" os marginalizados da sociedade americana. Na América Latina e outros países da África e Ásia, esta proposta foi disseminada por meio de programas financiados por fundações filantrópicas americanas. Também nos países socialistas, propostas semelhantes viabilizaram a ampliação do acesso à atenção médica como atribuição do Estado. Nos países capitalistas, a medicina comunitária foi uma alternativa complementar da medicina flexneriana para a população que não tinha acesso a essa medicina. "O papel mais relevante da medicina comunitária está na intervenção social sobre grupos marginalizados" (p.60) (40).

As características da medicina comunitária eram: a) o resgate do coletivo, em oposição à atenção individualizada da prática flexneriana, porém, nos limites da comunidade local, de certa forma, isolada dos contextos sociais mais amplos, diluindo-se as determinações macrossociais de saúde e doença; b) a integração de atividades de promoção, prevenção e curativas, mas reconhecendo apenas o caráter natural, a-histórico, do processo saúde-doença, atuando com ações simplificadas de saneamento, serviços básicos oferecidos a grupos vulneráveis e de alto-risco; c) a universalização da oferta por meio de sistema hierarquizado, com porta de entrada no nível primário, e regionalizado; d) critérios de seleção e utilização de tecnologia; e) inclusão de práticas médicas alternativas, desfiguradas de seus componentes culturais; f) equipe de saúde com delegação de funções a pessoal auxiliar, com controle do médico sobre o trabalho; e g) a participação comunitária, como forma de envolver a comunidade na solução de seus problemas e otimizar o emprego de recursos da própria comunidade, diminuindo os investimentos estatais para fins sociais (40).

As instituições de ensino reproduziram a dualidade do sistema de saúde diferenciando os ambientes de aprendizagem: no hospital aprendia-se a "medicina para

quem pode pagar", e nos serviços públicos de saúde, a "medicina para os pobres". Quanto às práticas neste modelo, Silva Junior (40) observa a continuidade da centralização no ato médico e em suas tecnologias, a ampliação do acesso da população pobre aos serviços primários e a manutenção de maiores opções tecnológicas para as populações localizadas nos centros urbanos mais importantes.

Mesmo trabalhando com uma noção restrita de comunidade, reforçando explicações "locais" para os fenômenos de saúde e doença, a proposta de medicina comunitária favoreceu pressões políticas de saúde mais abrangentes e reforçou as críticas à desigualdade de oferta do modelo médico hegemônico (40).

No Brasil, o modelo de medicina comunitária foi difundido nas universidades a partir da década de 1960, por meio de financiamento da OPAS e instituições filantrópicas americanas aos núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência. Estes núcleos se constituíram em espaço de politização e reflexão dos problemas de saúde e crítica ao modelo político da ditadura militar. Ao final da década de 1970, algumas experiências municipais como "projetos-piloto" de estruturação de serviços municipais, em conjunto com os núcleos de universidades, em Montes Claros (SP), Londrina (PR), Niterói (RJ) e Campinas (SP), vieram a somar na constituição do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (40).

1.2.2 O modelo das ações programáticas de saúde

Inicialmente voltadas para a atenção a doenças infecto-contagiosas e parasitárias (hanseníase, tuberculose, malária etc.), as ações programáticas de saúde estenderam-se para outros grupos da população como mulher, criança, adulto, idoso, doenças sexualmente transmissíveis, a partir da década de 1970. Este formato de organização da oferta de serviços de saúde, em grande parte limitado aos centros e postos de saúde da rede de atenção primária, era utilizado pela proposta de medicina comunitária nos Estados Unidos, como forma de estender o atendimento a uma população

marginalizada, sem acesso aos pronto-atendimentos privados, com racionalização dos custos com os serviços públicos.

No Brasil, houve grande influência deste modelo de organização da oferta de ações de saúde na rede básica de saúde e, até os dias atuais, ainda é encontrado em grande parte das redes básicas municipais como meio de enfrentar problemas e situações de saúde que ocorrem com frequência e continuamente na população.

Para Dalmaso (42), a proposta de organizar programas na rede pública de saúde deu-se como contraponto ao modelo de pronto-atendimento, inicialmente utilizado para a atenção médica às urgências e, posteriormente expandido a todo atendimento clínico individual realizado por meio de convênios entre o Estado brasileiro e o setor privado, a partir da década de 1970, como meio de ampliar a cobertura de atendimento médico previdenciário. Desta forma, ampliou-se também uma "cultura do atendimento imediato" como qualidade desejável aos serviços de saúde e da consulta médica como momento privilegiado de atendimento. As necessidades de saúde tendem a ser reduzidas a problemas do corpo, conformando uma demanda "espontânea" motivada pela queixa do doente, reconhecida ou "traduzida" pelo médico. A queixa individual e imediata é a razão do modelo de pronto-atendimento.

Como instrumento isolado, o pronto-atendimento possui baixa potencialidade para alterar as condições de saúde da população, uma vez que não há garantia de acompanhamento ao longo do tempo, o foco do atendimento é o "motivo principal da consulta" e o diagnóstico é quase sempre "sindrômico"e a conduta terapêutica sintomática. Como o tempo da consulta é restrito, para a realização do diagnóstico é solicitado um arsenal de exames laboratoriais e, geralmente, são desconsideradas as determinações sociais dos problemas. O risco de atuação ineficaz, desnecessária ou prejudicial é proporcionalmente crescente em relação à ampliação da demanda (42).

A base do conceito de "programa", para Nemes (8) é "articular instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos" (p. 54).

A partir da década de 1970, no Brasil, especificamente o Estado de São Paulo, a política designada "Programação" foi o modo como a rede de serviços de saúde pública

ampliou a assistência médica para as populações excluídas da medicina previdenciária privada. As características desta proposta eram:

> a) operação a partir de atividades eventuais (para a demanda espontânea que procurasse o serviço por qualquer motivo) e atividades de rotina (para a demanda triada para os programas);
> b) programas definidos por grupos populacionais (crianças, adultos...) e subprogramas para situações específicas de assistência (menores de um ano, gestantes...) e doenças de essencial importância sanitária (tuberculose, hipertensão...);
> c) finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas;
> d) hierarquização interna de atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar...);
> e) utilização de equipe multiprofissional;
> f) padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais;
> g) sistema de informação que permitia avaliações na própria unidade;
> h) gerência de unidades por médico-sanitaristas;
> i) regionalização e hierarquização das unidades (p.55) (8).

Esta maneira de organizar o trabalho no interior dos postos e centros de saúde não foi capaz de alterar a estrutura do sistema de saúde vigente naquele período, caracterizada pela dicotomia entre o atendimento médico previdenciário e as ações públicas de caráter coletivo. Com o fortalecimento do movimento da reforma sanitária brasileira (MRS) e a instituição do SUS, após a década de 1980, a necessidade de aumentar o volume de assistência médica na rede pública, em direção a superar o caráter compensatório da rede municipal de saúde, as unidades básicas foram incentivadas a prestarem assistência médica, no modelo do pronto-atendimento à demanda espontânea e as proposições de "programação" foram destituídas de força política (8).

Nemes (8) observa que a universalização do direito à saúde, defendida pelo movimento de reforma sanitária brasileira e institucionalizada com o SUS, tem sido objetivada na expansão do acesso à assistência médica individual, sobretudo, como pronto-atendimento. Por outro lado, a definição de grupos prioritários ou das doenças alvo de atenção e a organização *a priori* de demandas a serem atendidas pelo serviço a partir de fluxogramas assistenciais padronizados e hierarquização de procedimentos técnicos, burocratizaram e estabeleceram relações autoritárias e alienantes no modelo de

programação, visto pelos trabalhadores e usuários como um entrave à demanda "espontânea" da população por assistência médica.

Nemes (8) adverte que, ao mesmo tempo em que busca estabelecer prioridades de alguns problemas e necessidades de saúde a serem atendidos pelos serviços, o modelo de programação em saúde deveria comprometer-se com a "criação de instrumentos que possam favorecer o desenvolvimento de sujeitos por meio do trabalho", evitando "potencialmente a redução dos agentes à competência técnica e dos usuários a passivos objetos de intervenção", permeando o trabalho com "avaliações que incorporem valores abertos […] que estão na base das diferentes opções de vida dos indivíduos e grupos sociais" (p. 61-3).

Campos (30) analisa criticamente a proposta de programação em saúde[9]. Centralmente, o autor aponta limites na proposta quanto à sua capacidade de estabelecer normas organizacionais e de trabalho mais eficazes, apoiadas na epidemiologia para planejar os serviços, quanto à sua potencialidade para controlar os efeitos iatrogênicos da clínica e assegurar a supremacia do coletivo na organização do processo de trabalho. Adverte, ainda, que tal modelo tenderia a distanciar a oferta dos serviços das aspirações dos cidadãos.

Para o autor (30),

> programas são simplesmente recortes de um conjunto de problemas sanitários, definidos segundo critérios supostamente técnicos e epidemiológicos; mas que, na verdade, são escolhidos e selecionados antes da aplicação de técnicas de programação a partir de pressões sociais, políticas ou econômicas (p.59).

Os programas assemelhar-se-iam a "linhas de produção" para o enfrentamento de algumas doenças ou problemas mais frequentes, em geral aqueles marginais ao interesse do setor privado, com intuito de minimizar os gastos estatais com políticas de atenção integral à saúde.

[9] Para aprofundamento desta crítica, sugere-se a leitura na íntegra do texto de Campos GWS. O autor critica as noções que fundamentam o método de "programação em saúde". In: Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994 (30).

Quanto à contraposição do modelo de programação em saúde ao do pronto-atendimento centrado no atendimento clínico individual, Campos (30) afirma que a adoção da prática programática seria uma "renúncia velada ou envergonhada à possibilidade de reformar a prática clínica". Esta prática clínica do pronto-atendimento ou da "consultação", na visão do autor, é "uma vertente distorcida e essencialmente medicalizante" da prática social concreta da clínica, enquanto "campo onde a humanidade acumulou saberes, técnicas e procedimentos profissionais que permitem tornar a vida mais leve e mais longa", com "possibilidades de reorganização operacional e renovação teórica".

Campos (30) não diferencia a demanda "espontânea" por atendimento médico individual das lutas coletivas por acesso a serviços de saúde ou em defesa do meio ambiente ou de condições adequadas de trabalho, posto que ambos os movimentos refletem e são consequência da relação dinâmica entre sofrimento, subjetividade, doença, morte e vontade/necessidade de viver. Advoga que a "legitimidade" das necessidades de saúde, pretensamente "revelada" pela epidemiologia, é socialmente definida, dependendo da cultura, da história política e econômica de cada povo e de cada época, por milhões de sujeitos sociais inseridos em classes sociais distintas e com capacidades diversas de influenciar a composição final desta conjuntura.

Portanto, é necessária a efetivação de espaços para a expressão e acolhimento destas necessidades, demandas e expectativas dos sujeitos envolvidos - usuários, trabalhadores de saúde e gestores - sejam estes espaços coletivos, como no caso de reuniões dos conselhos e conferências de saúde e outros fóruns, como também, os outros espaços na rede de serviços aos quais os indivíduos tenham acesso e consigam expressar tais necessidades, demandas e expectativas: o balcão da unidade de saúde, o consultório médico, na visita domiciliária ou no leito hospitalar. Nesse sentido, para Campos (30):

> O desafio gerencial dos sistemas públicos, em consequência, não é negar legitimidade a esta demanda aparentemente espontânea, mas sim conseguir, por via do seu reconhecimento, elevar os padrões de consciência sanitária, garantindo a insubstituível expressão individual das aspirações e desejos das pessoas, sem deixar de trabalhar criticamente as noções e comportamentos considerados equivocados do ponto de vista da clínica e da epidemiologia e, ao mesmo tempo, agregando ações sanitárias consideradas necessárias do ponto de vista destes saberes (p. 73-74).

Apesar das críticas, o modelo de programação em saúde é ainda bastante difundido na rede de serviços básicos de saúde de todo o país, em grande medida, por incentivo de políticas federais de saúde que tem neste modelo o principal instrumento para induzir ações consideradas prioritárias nestes serviços.

1.2.3 Os sistemas locais de saúde (SILOS) e as cidades saudáveis

Apesar destes modelos terem sido abordados separadamente em algumas bibliografias que tratam do tema (17; 40), neste estudo serão apresentados conjuntamente em virtude da semelhança de suas diretrizes, destacando-se as experiências mais proeminentes no cenário nacional dos Silos na Bahia e das cidades saudáveis no Paraná. A similaridade entre os dois consiste na abordagem que se faz dos modelos, pautando-se na organização de instituições de serviços de saúde e no arranjo dos serviços em regiões geográficas, quais sejam municípios, distritos ou outra referencial espacial.

A proposta dos Silos teve seu marco conceitual apresentado na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1986, e pautou-se nos seguintes aspectos: a) retomada do papel central do Estado na condução da política de saúde, mesmo quando não assume todas as atividades necessárias; b) descentralização e desconcentração com transferência de poder político, administrativo e de recursos para o nível local; c) participação social nos processos de planejamento, execução e avaliação do sistema de saúde; d) intersetorialidade compreendida como a conjunção de todas as forças sociais e econômicas com o propósito do bem-estar coletivo em todos os níveis de governo; e) readequação dos mecanismos de financiamento, com descentralização do poder decisório sobre o uso de fontes alternativas de custeio de ações orientadas pela garantia de atenção integral de saúde, incluindo o saneamento básico; f) desenvolvimento de um novo modelo de atenção, mudanças nos procedimentos técnicos das prestações de serviços, no uso de tecnologias disponíveis, na integração dos conhecimentos, na forma de utilização dos recursos e na forma de concretizar-se a participação social; g) integração dos programas de

prevenção e controle e dos conhecimentos clínicos, epidemiológicos e administrativos; h) reforço da capacidade administrativa para o alcance da meta de oferecer cobertura de saúde total a todos, com equidade e eficiência, racionalizando-se gastos e esforços; i) capacitação da força de trabalho por meio de programas de educação continuada, integração docente-assistencial em todos os graus de formação e difusão de conhecimentos sobre os problemas da população (40).

As prioridades fixadas no documento para a organização da atenção à saúde foram: desenvolvimento da infra-estrutura dos serviços de saúde, com ênfase na assistência primária à saúde; atenção aos problemas prioritários de saúde, presentes nos grupos vulneráveis mediante programas específicos; tratamento das informações necessárias à execução das atividades, em conformidade com a estratégia gerencial (43)

A crise econômica mundial, iniciada na década de 1970, teve grande influência sobre o processo de implantação dos Silos retomando o debate sobre a viabilidade da universalidade na cobertura das políticas de saúde patrocinada pelo Estado e como direito de cidadania (40).

No Brasil, o Estado da Bahia iniciou a implantação da proposta dos Silos ao final da década de 1970 com a participação de intelectuais ligados a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia no movimento de reforma sanitária. A partir de 1986, diversos intelectuais assumiram cargos na gestão estadual e tiveram a oportunidade de experienciar estas propostas de reorganização do sistema de saúde por meio da regionalização e definição dos distritos sanitários. Com a mudança de governo, a descontinuidade político-administrativa prejudicou a consolidação da proposta. Além disso, a proposta não teve apoio substancial do poder legislativo, que tinha interesse em estabelecer relações clientelísticas, dos médicos e técnicos tradicionalmente inseridos no sistema anterior e da imprensa local que, ao veicular as críticas dos adversários políticos, dificultou o apoio popular à proposta (40)[10].

Outras experiências de implantação dos Silos foram divulgadas a partir da década de 1990, como foi o caso do município de Londrina, no Paraná. Londrina foi um dos municípios brasileiros pioneiros na implantação de ações de saúde descentralizadas e à

[10] Para maiores informações acerca do processo de implantação do Programa Silos, na Bahia, ver Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

época da implantação dos Silos encontrava-se "com um sistema de saúde passando por graves dificuldades, especialmente no que se refere à cobertura assistencial hospitalar" que sugeria, além de uma cobertura de leitos hospitalares inferior à adequada, uma baixa resolutividade da atenção primária (44).

O movimento denominado "modelo cidades saudáveis" também surgiu em meados da década de 1980, em Toronto (Canadá), difundindo-se por cidades europeias e outros países por meio da articulação das Seções de Promoção da Saúde com a Saúde Ambiental da OMS. A intenção era criar uma rede de cidades dispostas a encontrar novas maneiras para promover saúde e melhorar o ambiente dentro dos propósitos propagados pela Carta de Ottawa, de 1986[11] (17; 40).

Este modelo tem como diretrizes: a) a saúde como qualidade de vida e defesa do ecossistema; b) políticas públicas que promovam a saúde, de acordo com a Carta de Ottawa (1986); c) incentivo a participação da comunidade; d) desenvolvimento da auto-responsabilidade dos cidadãos para que individual ou coletivamente exerçam papel importante na busca pelo bem-estar; e) reorientação dos serviços, de acordo com as recomendações dos Silos; f) intersetorialidade como principal estratégia de articulação política e operacional na promoção de saúde. Grosso modo, pode-se dizer que à proposta anterior, dos Silos, somaram-se as concepções de promoção de saúde bastantes difundidas naquele período (17; 40).

No Brasil, a experiência mais divulgada desta proposta foi desenvolvida no Estado do Paraná, em Curitiba, na década de 1970, quando o prefeito Jaime Lerner nomeou Armando Raggio (médico patologista) para a Diretoria de Saúde da Secretaria de Desenvolvimento Social. Houve ampliação da rede de unidades básicas de saúde, organizadas por áreas de abrangência (territórios) e as ações ofertadas em forma de programas. Ao longo da década de 1980 e 1990, apesar de algumas mudanças nos governos, o retorno do grupo de Jaime Lerner em 1989 (seu terceiro mandato) e sua sucessão por Rafael Greca possibilitou a continuidade na implantação do modelo.

[11] A Carta de Ottawa (1986) é o documento síntese e representa o consenso alcançado na 1ª Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, patrocinada pela OMS. Sugere-se a leitura da pesquisa desenvolvida por Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. [Tese doutorado] Unicamp, Campinas – São Paulo, 2002.

A concretização das estratégias de descentralização, regionalização e definição de distritos sanitários foi reforçada no início da década de 1990, quando os gestores municipais tiveram maior proximidade com a proposta dos Silos, por intermédio da assessoria de Eugênio Villaça Mendes, representante da OPAS e principal difusor desta proposta no Brasil. A equipe de Curitiba também manteve diálogo com as equipes que estavam encaminhando a proposta dos Silos na Bahia e em São Paulo para aprofundar as metodologias de distritalização, planejamento estratégico e gerência (40).

Esta proposta em várias diretrizes assemelha-se com a proposta dos Silos. Alguns indícios sugerem que se trata de um mesmo movimento adequado a realidades espaciais e temporais diferentes, entre eles: o enfoque das propostas na descentralização e regionalização dos serviços em distritos sanitários, a assessoria da OPAS na figura de Eugênio Villaça Mendes, responsável pela elaboração teórica que embasou as propostas de territorialização destes modelos. Outros estudos poderiam averiguar a hipótese de que se trata, na realidade, de um mesmo modo de organização dos serviços de saúde com denominações distintas como estratégia de *marketing* de governos e siglas partidárias.

Aparentemente, a questão da filiação da experiência paranaense a proposta de "cidades saudáveis" e a nomeação desta como "Saudicidade" aproximavam-se aos propósitos do governo Jaime Lerner que tinha uma preocupação especial com a questão da urbanização, mais em relação aos aspectos paisagísticos do que às condições sociais de vida da população. Suas propostas de governo quanto ao "planejamento urbano" ganharam o "selo" de cuidado com o social ao incorporar o argumento de promoção de qualidade de vida e de saúde, conforme a concepção de promoção de saúde divulgada na Carta de Ottawa, 1986.

Estudo que analisou as políticas do governo Lerner para o setor saúde no Estado do Paraná (1995-2002), incluindo a proposta sistematizada no projeto da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná intitulada "Município mais Saúde" de 1995, sugere que tal projeto incentivava a responsabilização dos cidadãos pela busca de soluções para os problemas de saúde e propunha um processo de avaliação dos municípios paranaenses a partir de 29 indicadores de saúde, sociais e de serviços, cujo resultado seria "a classificação dos municípios segundo suas posições em um ranking [...] criando assim uma tentativa de competitividade saudável entre os municípios, visando o Município mais saúde". O

município de Curitiba aparecia como o 1º colocado na primeira (e única avaliação); após divulgação do projeto, onze municípios demonstraram interesse em implementá-lo, e, até 1997, último ano em que se fez menção ao projeto nos documentos do Estado, apenas três municípios aderiram à proposta (45).

Os resultados desta pesquisa (45), que analisou documentos estaduais relacionados à política de saúde, de 1995 a 2002, apontaram ainda para a progressiva desresponsabilização do Estado com o financiamento dos serviços públicos de saúde, a ênfase na consolidação de uma rede de atenção primária seletiva e compensatória, em detrimento de investimentos públicos na assistência à saúde em níveis mais complexos, contribuindo para a redução em cerca de 5.500 leitos hospitalares e do quantitativo de servidores públicos da saúde em cerca de mil funcionários, ao mesmo tempo em que a população paranaense aumentou em um milhão de pessoas. Sobretudo esta retração no papel do Estado como provedor de políticas sociais mais amplas e "promotoras de saúde" foi observada na dívida de R$ 676 milhões que o Governo Lerner deixou ao setor saúde, no período de 2000 a 2002, por descumprir a Constituição Federal no que tange aos patamares mínimos de investimento em saúde, definidos pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

1.2.4 O modelo de vigilância à saúde

De acordo com Coelho (17), o modelo de vigilância da saúde como alternativa de organização dos serviços de saúde foi bastante difundida nos estados e municípios brasileiros, a partir da década de 1990, e tinha como principais pilares a territorialização, a utilização da epidemiologia e do planejamento estratégico para definição de prioridades, a interdisciplinaridade e a participação social para que equipe e população pudessem, em conjunto, eleger e legitimar prioridades dentro dos territórios específicos.

O contexto brasileiro de sua proposição e desenvolvimento era de implantação do SUS, quando o debate político-institucional privilegiava os temas financiamento, gestão e também a organização do sistema a partir do processo de descentralização e municipalização. Em alguns municípios, já vinham sendo desenvolvidas tentativas de

articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, nas dimensões individuais e coletivas desde a década anterior. Esse processo de construção de sistemas municipais de saúde não se restringiu a descentralização da gestão da rede de assistência médico-ambulatorial, mas incluiu, gradualmente, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, anteriormente vinculadas às secretarias estaduais e ao gestor federal (46).

A assunção das ações de vigilância epidemiológica e sanitária era, naquele momento, induzida pelo gestor federal por meio das Normas Operacionais Básicas que estimulava os municípios, por meio de incentivos financeiros, a aderirem a estas ações. Teoricamente, a partir deste incentivo financeiro, os municípios poderiam criar sistemas municipais de saúde que não reproduzissem simplesmente o modelo médico-assistencial privatista e pudessem caminhar para a construção de modelos fundamentados na vigilância da saúde (46).

A noção de "vigilância" epidemiológica passou a ser mais amplamente utilizada a partir dos anos 50, após a constatação das dificuldades de "erradicação" das doenças infecto-contagiosas com base no instrumental da bacteriologia e parasitologia. Apontava-se, então, para a necessidade de "controlar" e manter permanente "vigilância", na impossibilidade de "erradicar" estas doenças (46).

No entanto, com o desenvolvimento da epidemiologia, não só as doenças infecto-contagiosas faziam parte do "alvo" da vigilância, mas, também, as doenças crônicas, que passavam a ocupar lugar predominante no perfil epidemiológico da população. A incorporação da noção de "risco" e dos "fatores de risco" no processo de adoecimento incentivou a ampliação do objeto dos "programas de controle" das doenças infecto-contagiosas dirigindo-se a grupos populacionais expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer. O eixo do modelo de vigilância da saúde é a epidemiologia e sua articulação ao planejamento e organização dos serviços (46).

Neste modelo, sugere-se que análises mais abrangentes da situação de saúde conduzissem a uma reorganização dos serviços num processo que, ao final, a oferta organizada dos serviços suplantasse as ações dirigidas ao atendimento da chamada "demanda espontânea", assim:

> A 'organização da oferta' ou 'oferta programada' seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveria partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados, a exemplo do que vinha ocorrendo em vários Distritos Sanitários em processo de implantação (46).

Durante a década de 1990, observou-se o desenvolvimento de algumas vertentes da vigilância da saúde (46). Uma vertente restringia-se à proposta de monitoramento da situação de saúde, não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento do problema. Esta vertente enfocava o objeto da vigilância, concebido na perspectiva das relações entre os modos de vida distintos dos grupos populacionais e as suas expressões no processo saúde-doença. Uma segunda vertente defendia a vigilância como proposta de integração institucional entre as vigilâncias epidemiológica e sanitária, enfatizando o debate sobre os meios de trabalho, os métodos, técnicas e instrumentos gerenciais necessários para a operacionalização das práticas desta vigilância "integrada". E, ainda, uma terceira vertente que apostava no modelo de vigilância da saúde enquanto meio para redefinição das práticas sanitárias, ora enfatizando a dimensão técnica para o controle dos determinantes, riscos e danos, ora privilegiando a dimensão gerencial da noção de vigilância, que propõe a organização de processos de trabalho sob a forma de operações para o enfrentamento de problemas de ocorrência contínua num território delimitado. Em síntese (46):

> a Vigilância da Saúde apresenta sete características básicas: a) intervenção sobre os problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) operacionalização do conceito de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações. […] aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições na nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (46).

A operacionalização da implantação deste modelo durante a década de 1990 visou, principalmente, a capacitação de pessoal para o exercício das atividades de vigilância e o aperfeiçoamento dos sistemas de informação visando à expansão das bases de dados, a qualidade das informações e a articulação entre os subsistemas (46).

1.2.5 O modelo em defesa da vida

A partir do final da década de 1980 e início dos anos 1990, o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – Lapa, criado no Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, em Campinas, buscou sistematizar uma proposta de modelo assistencial nomeado "Em Defesa da Vida", cujo manifesto foi publicado em 1991, na revista Saúde em Debate nº 33 e divulgado na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992 (40).

No artigo, os autores apresentam como princípios do modelo a gestão democrática (co-gestão entre usuários organizados, prestadores e governo), a saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Entendiam que os indivíduos expressam processos coletivos de viver e que, portanto, toda situação individual é uma situação coletiva, não havendo conflito entre a atenção individual e a coletiva. Desta forma, os serviços de saúde podem atuar sobre um indivíduo como pertencente a um projeto integrado de ações de saúde, no qual a ação individual se articula com as coletivas (29):

> Consideramos que um não atendimento a demanda espontânea é uma maneira de não incorporar o modo como o coletivo construiu a relação entre o usuário e os serviços de saúde, entre um dado cidadão e seu acesso a determinados serviços, mesmo identificando a parcialidade deste momento. Pois o que o serviço deve fazer é ir além desta situação, sem negá-la, isto é, deve realizar uma leitura do conjunto das demandas espontâneas a partir de instrumentais e saberes que a compreendam como fenômeno coletivo e, assim, permitir a incorporação de novas ações para compor o elenco de serviços de saúde oferecidos, em resposta a perspectiva de defesa da vida e da cidadania, em termos mais plenos (p. 85).

Por outro lado, os autores criticavam o modo neoliberal de produção e atenção à saúde que toma como imperativo da clínica a atenção ao indivíduo destituído de suas relações sociais, dicotomizando as ações coletivas das individuais, em benefício das suas relações com as regras do mercado.

Para organizar as instituições de saúde em defesa da vida, o grupo argumentava a necessidade de i) estabelecer relações entre usuários e instituições que permitissem o controle social e a gestão democrática dos serviços, a humanização no conjunto das relações estabelecidas entre usuários, trabalhadores e ampliação de uma consciência sanitária dos cidadãos em geral; ii) organizar o processo de trabalho em saúde incorporando as amplas dimensões das questões referentes aos problemas e necessidades de saúde, posicionando-se contrário à visão programática das ações de saúde que cerceava a demanda, barateava custos e burocratizava a assistência; e iii) organizar o sistema articulando regionalmente os diferentes tipos de produtores (públicos e privados), e todos os produtores de serviços de saúde deverian estar submetidos ao controle público e não somente os do Sistema Único de Saúde (29).

Para Campos (30), a proposta de programação das ações e serviços de saúde parte de uma premissa que reduz a análise do fenômeno "demanda espontânea", incorrendo em uma negação da pertinência técnica e da legitimidade social, "como se este movimento pulverizado de inúmeros sujeitos sociais expressasse somente a ideologia capitalista da medicalização nos seus aspectos mais distorcidos, como o é o consumismo de medicamentos, por exemplo".

O modelo defende a necessária "elevação" da consciência sanitária das pessoas e grupos organizados na sociedade em relação à saúde como direito e em defesa da vida, pautada em uma relação pedagógica crítica para tratar as relações entre problemas de saúde, causas sociais, serviços, direitos. Para tanto, aposta em metodologias de planejamento e gestão que aliem agilidade gerencial com participação dos interessados, compreendendo a aliança entre o planejamento estratégico situacional e a garantia da participação e envolvimento dos grupos organizados com grande potencial para implantar tal modelo. Advertiam que atitudes corporativistas de algumas categorias profissionais poderiam gerar

importantes conflitos no sistema que, no entanto, deveriam ser administrados para não acarretar falta de adesão ou prejudicar a eficiência e eficácia das ações de saúde (29).

O modelo se alinha às proposições do Relatório Dawson, quanto à organização do sistema de saúde a partir de territórios, estruturando-se todo o sistema a partir da rede básica de atenção primária, evitando-se que os serviços de retaguarda[12] captem clientela por si, visto que não são "autônomos" em relação ao sistema e à rede básica. No território, os serviços de saúde devem se responsabilizar pela "defesa da vida" daqueles que ali vivem, considerando o tamanho dos recursos materiais e da força de trabalho, a situação epidemiológica e a dinâmica política dos grupos pertencentes à região. Destaca-se que a proposta não é de "aprisionar o usuário a uma área restrita, a oferta é que deve garantir isso"(p.87) (29).

A concepção de "distritos sanitários" neste modelo é a de "uma rede de serviços que garantissem uma resolutividade de ação individual e coletiva diante dos problemas identificados em uma dada região alvo […] com a existência de retaguardas hospitalares". O colegiado de gestão dos distritos deveria, desta forma, possuir representação de todos os dirigentes de serviços da área (29).

Coelho (17) destaca neste modelo assistencial a ênfase na necessidade de reformar a clínica, o processo de trabalho do conjunto dos trabalhadores de saúde e a mudança nas relações entre gestão e trabalhadores e entre estes e os usuários dos serviços. Sugere a ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica, incluindo o sujeito e o contexto e buscando superar a limitação da clínica tradicional e hegemônica ao abordar os problemas de saúde apenas do ponto de vista biológico da doença, ignorando os aspectos subjetivos e sociais do doente.

Segundo Silva Junior (40), a tentativa de implantação dessa proposta deu-se, inicialmente, em Campinas (SP), entre 1989 e 1991 e nos municípios de Piracicaba (SP), Ipatinga (MG), Betim (MG) e Volta Redonda (RJ). As experiências contaram com assessoria de Carlos Matus e apostaram na adaptação de "ferramentas" do planejamento

[12] A proposta de modelo assistencial "Em defesa da vida" considera como serviços de retaguarda os ambulatórios de especialidades, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os hospitais e os serviços de urgência e emergência, devendo ser dimensionados em função das necessidades identificadas e atendidas na rede básica (29).

para o cotidiano da equipe de saúde e na construção de um novo desenho organizacional para as unidades de saúde e para a gestão.

A burocracia institucional, principalmente em relação à área de administração e finanças, que dificultavam, sobretudo, alterações relacionadas à política de pessoal e à composição com o setor privado foram dificuldades apontadas para a implantação da proposta. Em 1991, o afastamento de Gastão Wagner de Sousa Campos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, prejudicou a continuidade do desenvolvimento da proposta "Em defesa da vida" que buscou manter-se e avançar em outras experiências (40).

No entanto, grande parte desta proposta institucionalizou-se no âmbito federal, nos anos 2000, tendo inspirado a produção técnica de documentos que embasaram a Política Nacional de Humanização e as diretrizes para sua implementação (47). Esta política contribuiu para a divulgação dos principais aspectos operativos e filosóficos do modelo assistencial "Em defesa da vida": a clínica ampliada, as equipes de referência[13], o apoio especializado matricial[14], a formação de vínculo entre usuário e equipe para alterar as relações do tipo queixa-conduta, co-responsabilização clínica e sanitária entre equipes e usuários, trabalho em equipe, construção de autonomias, elaboração de projetos terapêuticos singulares e de intervenção na comunidade (17).

Coelho (17) observa que, ainda que a ênfase de cada modelo recaia sobre aspectos diferentes, há mais convergências entre essas alternativas de organização dos serviços de saúde do que divergências. E no Brasil, pode-se dizer que a realidade da maior parte das experiências de organização dos serviços de saúde e de suas práticas resulta da composição de vários aspectos dos modelos apresentados. Exemplo disso está expresso na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (11). O texto menciona como um dos fundamentos e diretrizes da atenção básica:

> [...] coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração das **ações programáticas** e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, **vigilância à saúde**, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão

[13] Equipes de referência são aquelas aos quais se vinculam certo número de cidadãos ou famílias pelos quais a equipe se responsabiliza, acompanhando-os ao longo do tempo, seja nos aspectos que envolvem o controle de suas doenças, seja em relação à promoção de sua saúde (17).

[14] Apoio matricial especializado é tido como a prática de assegurar retaguarda especializada, tanto às questões assistenciais quanto ao suporte técnico-pedagógico, às equipes de referência (17).

> necessárias a estes fins e à **ampliação da autonomia dos usuários e coletividades**; trabalhando de forma **multiprofissional, interdisciplinar e em equipe** […] Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um **processo centrado no usuário**, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção (11 - grifos nossos).

O texto da portaria menciona, ainda, a clínica ampliada, os projetos terapêuticos singulares, a organização do fluxo na rede de atenção à saúde e outros elementos identificados com vários dos modelos assistenciais alternativos propostos no Brasil.

O conceito de território é exemplo desta convergência. Basicamente, os modelos alternativos sugerem que a possibilidade de construir práticas de saúde mais próximas e adequadas às necessidades de saúde de uma população, está associada ao estabelecimento de territórios adscritos a equipes de saúde. Portanto, considerando que a territorialização é um dos eixos comuns aos modelos assistenciais alternativos para a organização de processos de trabalho mais resolutivos na saúde, esta categoria é analisada a seguir.

1.3 A saúde coletiva e a categoria "território": possibilidades de aproximação das equipes de saúde com as necessidades e direitos da população

O "território" tem sido uma importante categoria teórico-prática no contexto da saúde coletiva em suas três áreas: epidemiologia, ciências sociais e planejamento. Do ponto de vista da construção do campo da saúde coletiva, estas três áreas se ocuparam de estudos que buscaram compreender a dinâmica de coletivos delimitados em bases territoriais para explicar diferenças no adoecimento e possíveis medidas de superação nas desigualdades encontradas, a partir de ações de saúde e/ou intersetoriais. Especialmente para o campo do planejamento, propõe-se resgatar a necessidade de reflexão sobre a importância da abordagem do território na área da saúde coletiva não só a partir de abordagens quantitativas, mas da incorporação de dados e informações de cunho qualitativo para o

reconhecimento das necessidades sociais e de saúde de uma população adstrita em uma área geográfica e seu modo de enfrentar o processo saúde-doença.

Nesse sentido, destaca-se a importância da interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva para a compreensão dos fenômenos e práticas relacionadas ao processo saúde-doença, considerado a partir de contextos histórico e socioculturais, inscritos em um território (48).

Como o território tem sido "apreendido" pelo campo da saúde coletiva nas suas três áreas constitutivas: a epidemiologia, as ciências sociais e o planejamento?

A partir dos tipos de estudos espaciais (ou territoriais) mais difundidos atualmente no ambiente acadêmico, durante a formação de especialistas no campo da Saúde Coletiva, buscou-se apresentar a contribuição deste campo para o entendimento desta categoria. Destaca-se a importância do diálogo entre as três áreas constitutivas do campo da saúde coletiva e entre estas e outros campos disciplinares (antropologia economia, geografia, entre outros), para uma compreensão mais aproximada da realidade. Assim como a necessária combinação de dados quantitativos e qualitativos e, por conseguinte, das suas abordagens metodológicas respectivas, para a compreensão da dinâmica das comunidades em determinados territórios e sua influência na determinação de processos de adoecimento ou de promoção da saúde. Pois, conforme Minayo e Sanches (49), "Nenhuma das duas [abordagens], porém, é boa, no sentido de ser suficiente para a compreensão completa dessa realidade". Assim como nenhum campo do saber será suficientemente abrangente para compreender a totalidade do objeto de estudo das ciências da saúde e do homem.

Considerando o princípio da integralidade da atenção à saúde e os demais direitos decorrentes da legislação sanitária vigente no Brasil, o ato de planejar ações e serviços de saúde deve, por princípio, contemplar as necessidades de saúde da população, identificando problemas referentes ao estado de saúde (doenças, acidentes, agravos, riscos etc.) e, também, os problemas referentes aos serviços de saúde (financiamento, organização, gestão, acesso etc.). Além de problemas, o planejamento enfocará objetivos definidos a partir de "valores, ideologias, utopias e vontades [...] que podem expressar projetos (paz, qualidade de vida), ideais de saúde (bem-estar e felicidade) e novos modos de vida (práticas saudáveis)" (50). O campo da Saúde Coletiva desenvolveu, ao longo de sua

história, muitos instrumentos capazes de identificar os problemas e as necessidades de saúde de agrupamentos humanos, sob os aspectos quantitativo e qualitativo.

Do ponto de vista da construção do campo da saúde coletiva, tanto a epidemiologia, quanto as ciências sociais e o planejamento e gestão se ocuparam com estudos que buscaram compreender a dinâmica de coletivos delimitados em bases territoriais para explicar diferenças no adoecimento e possíveis medidas de superação nas desigualdades encontradas, a partir de ações de saúde e/ou intersetoriais. O próprio sistema de saúde vigente no Brasil propõe sua organização com base em territórios (51; 52).

1.3.1 O espaço como variável na análise da distribuição de doenças e agravos em coletivos: contribuições da epidemiologia

De acordo com Almeida-Filho (53) citando a definição da Associação Internacional de Epidemiologia (1973), epidemiologia é o "estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas" e dentre os seus objetivos estão a descrição da distribuição e magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas; o levantamento de dados essenciais para o planejamento, execução e a avaliação das ações de saúde, bem como o estabelecimento de prioridades e a identificação de fatores etiológicos na gênese das enfermidades. Portanto, a epidemiologia vem sendo utilizada como ciência e instrumental tecnológico aplicado à saúde pública, em praticamente todos os ramos de atividade deste campo, tendo sido até mesmo definida como a "ciência básica da Saúde Coletiva"[15] (53).

Rouquayrol (55) esclarece que o termo "distribuição" na definição acima mencionada refere-se à "variabilidade de frequência das doenças de ocorrência em massa, em função de variáveis diversas, ligadas ao tempo, *espaço* e pessoa". Portanto, é possível

[15] Este status de "ciência", no entanto, tem sido questionado por Minayo *et al.* (54), em artigo que discute as dificuldades e possibilidades de articulação entre epidemiologia e ciências sociais no campo da saúde pública. Neste artigo as autoras chamam a atenção para uma confusão de linguagem que expressa no processo de construção da epidemiologia que tem sido ora tratada como ciência, ora como disciplina e ora como método.

inferir que aspectos relacionados ao espaço onde vivem populações humanas sempre estiveram presentes nas análises epidemiológicas sobre o processo de adoecer humano.

Desde o texto de Hipócrates, "Ares, Águas e Lugares" (séc. V a.C.), passando pelo clássico estudo de John Snow sobre a epidemia de cólera no século XIX até os atuais estudos ecológicos, com a utilização cada vez mais difundida dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG) e técnicas estatísticas bastante sofisticadas (56; 57), o espaço e as variáveis geopolíticas, político-administrativas e geográficas, estas subdivididas em fatores ambientais, populacionais e demográficos (55) e sua relação com o processo saúde-doença têm sido foco de interesse de epidemiologistas na busca de compreender como um contexto ambiental e sociocultural pode afetar a saúde de grupos populacionais.

Nesse sentido, questões referentes a "onde ocorre determinada doença? Há grupos especiais mais vulneráveis? Em que áreas do município ou regiões do país a doença é mais freqüente? Há disparidades regionais ou locais?" (55) procuram revelar desigualdades na distribuição das condições que levam ao adoecimento e possíveis respostas dos serviços de saúde na busca da equidade dessas condições, por meio da atenção e ações intersetoriais.

Em artigo que discute a trajetória da categoria espaço na epidemiologia e a sua relação com a geografia, a partir de revisão bibliográfica, Bonfim e Medeiros (56) apontam para a atual valorização de estudos que incorporam o espaço na análise das necessidades e desigualdades sociais contribuindo para a organização dos serviços de atenção à saúde. Discorrem sobre a relação entre a geografia e a saúde desde a Antiguidade e apresentam como a superação das teorias da unicausalidade, na saúde, e a vertente naturalista do espaço, na geografia, principalmente no Brasil, motivou estudos incorporando os determinantes sociais das doenças. Destacam estudiosos brasileiros entre eles: Samuel Pessoa, Josué de Castro[16] e Milton Santos, como importantes referências históricas para o estudo das relações entre espaço e o processo saúde-doença numa perspectiva que compreende o espaço construído social e historicamente, a partir de determinados interesses e não somente como um conjunto de complexos naturais. Citando Barcellos *et al.* que afirmam que "se a doença é considerada uma manifestação do indivíduo, as condições de vida são manifestações do lugar", Bon-

[16] Na sessão "Fórum" dos Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 11, nov. 2008, foram publicados cinco artigos em homenagem ao centenário de nascimento de Josué de Castro (1908-1973) que destacam a importância da obra deste autor.

fim e Medeiros indicam o crescente interesse da epidemiologia em estudos voltados para a caracterização de diferenças nos centros urbanos, identificando padrões espaciais de mortalidade, áreas de risco, acesso aos serviços de saúde, entre outros (56).

As análises epidemiológicas que buscam compreender de que forma as desigualdades expressas no contexto territorial podem afetar a saúde de um grupo populacional, podem ser uma alternativa aos estudos que buscam nas características individuais as explicações para possíveis riscos à saúde humana e que, recentemente, têm sido alvo de importantes críticas em função das consequentes e, nem sempre benéficas ou resolutivas, práticas de intervenção no processo saúde-doença promovidas pelos serviços de saúde (57).

Embora as análises espaciais na saúde pública tenham se destacado desde o final da década de 1980, na contramão dos estudos individuais valorizados pela epidemiologia neste mesmo período, as dificuldades referentes ao escasso treinamento formal de profissionais de saúde e outros nesta área, a pouca familiaridade com os programas computacionais e o (ainda) elevado custo da aquisição da informação são importantes obstáculos a serem vencidos para que os serviços de saúde possam, de fato, empregar os resultados desses estudos no planejamento das ações (57).

Em resposta a algumas dessas dificuldades apontadas, ações do Ministério da Saúde objetivam "recuperar o espaço como uma categoria imprescindível de análise de situações de saúde" (58) e, em 2006, publicou uma série, com três volumes, de livros didáticos para a capacitação em geoprocessamento para a saúde: i) *Abordagens espaciais na saúde pública*, ii) *sistemas de informações geográficas e análise espacial em saúde pública*" e iii) *Introdução à estatística espacial para a saúde pública*. Estes textos tratam de temas direcionados à abordagem prática de situações-problema comuns à rotina dos serviços de vigilância em saúde e buscam auxiliar na capacitação dos profissionais para a análise de mapas, sua redação cartográfica e o conhecimento estatístico espacial para o entendimento dos processos sócio-espaciais subjacentes (58).

Barcellos *et al.* (59) ressaltam que "a utilização da categoria espaço na análise da situação de saúde não se limita à mera localização de eventos de saúde" compreendido o espaço como "resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a promoção de doenças". Nesse sentido, compreender o processo saúde-doença como determinado socialmente implicará análises

que se distanciem dos enfoques centrados essencialmente nos riscos biológicos e individualizados ou nos comportamentos de risco, ainda que delimitados em territórios.

1.3.2 A organização social no espaço urbano e os determinantes sociais da saúde: contribuições das ciências sociais

Ao abordar o processo saúde-doença e o homem que adoece a partir dos determinantes encontrados nas condições sociais, e não apenas como o "desequilíbrio natural" de um agrupamento de órgãos do ponto de vista biológico, os profissionais e pesquisadores da área da saúde necessitam compreender e incorporar novos referenciais metodológicos e conceituais para explicar seu objeto de análise e intervenção. Assim, as Ciências Sociais são incorporadas ao referencial teórico para análise dos problemas que afetam a sociedade capitalista e, oportunamente, no campo da saúde passam a contribuir com estudos realizados sobre a determinação social da doença, as instituições e as políticas de saúde, as relações entre indivíduo e sociedade, sobre os sistemas de saúde, as representações sociais da doença, sobre as práticas oficiais e alternativas de saúde, as profissões desta área, entre outros (60; 61).

Também para os estudos sobre as necessidades em saúde, as Ciências Sociais têm conduzido estudos relevantes para o campo da saúde coletiva na medida em que, além de possibilitar a compreensão das características e particularidades das práticas dos trabalhadores de saúde, também revelam as percepções da população sobre suas necessidades em saúde e formas particulares de lidar com as mesmas (48).

Segundo Najar e Peres (62), o estudo das cidades e da relação entre cidadãos e cidades na sociologia não é recente. Desde o final do século XIX, vários estudiosos elaboraram modelos teóricos que analisaram a cidade, sob diferentes enfoques e concepções, como o 'cenário adequado' ao desenvolvimento do capitalismo, da industrialização, da racionalização e da divisão do trabalho. Os autores destacaram principalmente duas vertentes: uma que focalizou as mudanças nos costumes, hábitos, valores, crenças e sensibilidades dos habitantes das metrópoles e outra que "enfatizava a

dimensão espacial que caracterizava as relações sociais, emblemáticas nos estudos da Escola de Chicago".

Concomitantemente ao período da I Guerra Mundial, iniciou-se no Departamento de Sociologia da Universidade de Chicago pesquisas e estudos empíricos de sociologia urbana e do imigrante, das relações étnicas e da condição do negro na sociedade norte-americana, enfim, sobre os grupos marginalizados no espaço urbano e que passaram a ser utilizados como modelos para pesquisadores de períodos subsequentes, denominando-se Escola Sociológica de Chicago[17] (63).

Sobre esta escola, Howard Becker, em conferência proferida aqui no Brasil em abril de 1990, transcrita e publicada seis anos depois (64), esclarece que a pobreza e a imigração, além da questão eugênica, eram problemas importantes do contexto social e econômico dos Estados Unidos que favoreceram os estudos urbanos na sociologia, quando da fundação da Universidade de Chicago em 1895. Becker destacou nomes de referência nesta escola como Robert E. Park, que considerava a cidade como um laboratório para a investigação da vida social e influenciou não só gerações de cientistas sociais como também historiadores, cientistas políticos, economistas e antropólogos.

A influência do pensamento sociológico advindo da Escola de Chicago na área da saúde pode ser observada desde as pesquisas que os sociólogos desta época realizaram sobre as populações marginalizadas, que viviam em "guetos", estudos sobre a delinquência juvenil e o modo como distintos grupos se localizavam na cidade de Chicago. Desde aquela época, procurou-se "mapear" os diferentes grupos étnicos, espécies de atividades e até incidência e localização da doença mental na cidade, buscando respostas também para questões como: "em que lugar da cidade de concentram as atividades criminosas? Como explicar este fato?" (64).

[17] A expressão "Escola de Chicago" é utilizada para referir correntes de pensamento de diferentes áreas como a sociologia, a economia, a arquitetura e a comunicação, que ficaram conhecidas por serem discutidas e desenvolvidas na Universidade de Chicago, nas primeiras décadas do século XX. Destaca-se que do Departamento de Economia desta escola, um dos principais representantes foi Milton Friedman, cuja obra *Capitalismo e liberdade* expõe a defesa do livre mercado como regulador da riqueza e da renda, critica a intervenção estatal e ressalta os fundamentos do individualismo, da concorrência privada e da livre iniciativa para alcançar o "equilíbrio natural" das relações sociais. Para fins deste trabalho, será enfatizada a Escola Sociológica de Chicago, por suas influências para a compreensão da categoria "território" no campo da Saúde Coletiva, a partir da introdução das ciências sociais.

Alguns conceitos e características destes estudos influenciam ainda hoje estudos vinculados, principalmente, à área das Ciências Sociais na saúde coletiva. A principal delas talvez seja justamente a necessidade de reconhecer características locais, dos próprios lugares para compreender determinados comportamentos sociais. Trata-se de estudos empíricos, sobre a distribuição da população a partir de determinadas características, sobre as profissões, sobre a organização política e as instituições e que assumem a necessária combinação de técnicas de coletas de dados quantitativos com outras de abordagem qualitativa, conforme expressa Becker (64):

> Nós éramos muito mais ecléticos em relação a métodos do que as pessoas que conhecíamos e que estavam em outras instituições. Assim, achávamos que era preciso fazer entrevistas, coletar dados estatísticos, ir atrás de dados históricos. Não havia nada demais nisso, tudo isso me parece puro bom senso, mas muitas pessoas tinham uma espécie de apego religioso a métodos de pesquisa.

Esta tendência de pesquisas marcou um período de desenvolvimento da metodologia qualitativa dos estudos sociológicos - a primeira metade do século XX - contrapondo-se a um modelo único de pesquisa, tecendo críticas à hegemonia dos pressupostos experimentais da pesquisa convencional baseada na mensuração e abriu caminhos para outras correntes como a etnometodologia e a fenomenologia. Porém, ainda atrelados ao positivismo, estes estudos empenhavam-se em fundamentar e formalizar seus métodos recorrendo a alguns pressupostos quantitativos. “O trabalho do grupo de Becker […] sobre a cultura estudantil de uma escola de medicina é exemplar no esforço de conciliar a pesquisa qualitativa com a quantificação padronizada de observações” (65). Também recorriam a termos e conceitos oriundos das ciências naturais para explicar problemas de ordem social, como “ecologia humana”, “competição”, “simbiose” (solidariedade), “sucessão”, “estabilidade” (sustentabilidade), interdependência entre indivíduos, instituições sociais e meio ambiente são exemplos desta abordagem “biológica” dos problemas sociais.

Ao identificarem que a organização da cidade não é harmônica, mas heterogênea, desigual e conflituosa estes estudos vinculavam as questões da violência urbana, da segregação étnica, cultural e social à questão espacial e ao ambiente e não à

estrutura de organização da sociedade capitalista. As reflexões advindas desta escola abordavam os problemas urbanos dos espaços físicos e os conflitos sociais "naturalizando" as diferenças encontradas e propondo ações focalizadas nos "segregados". Remetia-se à noção de segregação que, na sociologia, está limitada às relações entre os fenômenos sociais e os espaços nos quais eles se inscrevem, ou seja, são "expressões espaciais que assumem os fenômenos sociais" (62).

Como as políticas sociais, incluindo as de saúde, guardam estreita relação com a concepção de Estado no qual se inscrevem e com o padrão de proteção social por este Estado implementado, é importante ressaltar que a Escola de Chicago, especificamente a corrente do Departamento de Economia desta universidade, defendia a mais restrita intervenção do Estado capitalista na vida social. Isto porque acreditava que a sociedade capitalista tendia a um "equilíbrio natural" quanto mais se respeitasse o direito natural à propriedade privada e os interesses individuais. A "liberdade econômica", a "cooperação espontânea e voluntária" entre os indivíduos e a competição das empresas privadas no mercado, para estes economistas, possuem mecanismos capazes de equalizar as relações e equilibrar os desajustes surgidos na "evolução" desta estrutura complexa (9). Portanto, sugerem-se estudos mais aprofundados sobre este referencial nas análises das políticas de saúde e sua influência para a compreensão dos problemas sociais adscritos nos territórios a partir das ciências sociais no campo da saúde coletiva.

Estes aspectos devem ser considerados, quando da análise de princípios como os da universalidade, integralidade e equidade/igualdade nas políticas de saúde que estão relacionados, por exemplo, ao conceito de "áreas homogêneas de risco", largamente difundido nos serviços de saúde a partir do modelo de vigilância em saúde e da territorialização, apresentada a seguir.

1.3.3 A territorialização e o planejamento em saúde

A proposta de territorialização em sistemas de saúde não é genuinamente do campo do planejamento e gestão dos serviços de saúde. Trata-se da incorporação de

conceitos e técnicas de outros campos disciplinares, especialmente da geografia, ao campo da saúde coletiva, a partir da noção de organização dos serviços de saúde baseada na implantação de distritos sanitários. A criação dos distritos sanitários passa pela definição de certo espaço geográfico, populacional e administrativo, criando-se instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde localizados neste espaço (52; 66).

As experiências iniciais de criação dos distritos sanitários, na década de 1990, levaram a outras experiências nos serviços de saúde, como a utilização do enfoque estratégico situacional do planejamento, discussões sobre a acessibilidade da população aos serviços, necessidades de adstrição da população e da organização de sistemas de referência e contrarreferência, implantação de técnicas e instrumentos não-convencionais para a coleta de dados sobre a saúde da população sob responsabilidade de um serviço, formas e mecanismos de participação da população nas decisões e controle dos serviços, entre outras (66).

Naquele período, a defesa da estruturação do sistema de saúde numa base territorial contou com experiências bem sucedidas de outros países como Suécia, Finlândia, Inglaterra, Cuba e Costa Rica e definia

> território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política [...] Esse território, então, além de um território-solo é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico (66).

No campo do planejamento, a proposta da territorialização, concebida como o processo de apropriação do território pelas equipes de saúde e demais atores sociais envolvidos na organização dos serviços locais de saúde, está pautada na metodologia do planejamento ascendente. Ou seja, os dados importantes para a definição das ações a serem realizadas e, portanto, dos recursos necessários para o alcance dos objetivos traçados em um determinado local, devem ser recolhidos pelos próprios sujeitos envolvidos na realidade a ser transformada pelo processo de trabalho das equipes de saúde (52).

A territorialização tem a função de demarcação dos limites das áreas de atuação dos serviços, de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existentes nessas áreas e de estabelecimento de relações entre os diversos serviços existentes. O

estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população adstrita também é uma consequência desejável do processo de territorialização (51).

Diversos trabalhos foram produzidos na década de 1990 e início dos anos 2000 para orientar a execução de processos de territorialização e adstrição de população usuária dos serviços do SUS (66; 67; 68; 69). Mais recentemente, estudos analisam em que medida essa ferramenta é utilizada pelas equipes de saúde, quais as dificuldades encontradas nesta prática e proposições para superá-las (70; 71; 72).

Estes estudos revelam que alguns conceitos de território e espaço são reduzidos a uma compreensão meramente administrativa, não conseguindo apreender as relações de poder e as interações simbólico-afetivas, supervalorizando dados epidemiológicos quantitativos, o que acaba por desencadear um processo de planejamento nos moldes tradicionais, normativo (70; 71; 72). Além disso, observa-se na prática dos serviços de saúde que o processo de territorialização foi conformado em um determinado molde, com uma sequência de atividades a serem realizadas em oficinas, que as equipes de saúde têm realizado esse processo muito esporadicamente, e concebem a territorialização como uma atividade estanque e apartada das atividades cotidianas que também contribuem no reconhecimento desse território e na caracterização da população e de seus problemas de saúde.

Também contribuem para uma análise mais ampla do território os estudos de Brandão (73), que alertam para a necessidade de identificar fatores "exógenos" ao território local, macroeconômicos e como os processos de homogeneização, integração, polarização e hegemonia são essenciais para a análise das estruturas e dinâmicas sociais, historicamente determinadas, em sua dimensão espacial. Para a viabilização de projetos no interior desses territórios, é necessário "desarranjar as coalizões conservadoras", construir e destruir consensos e arranjos políticos, haja vista os conflitos de interesses e a correlação de forças sociais e políticas presentes no território. O autor critica a vertente que sugere o reconhecimento de território apenas pela construção de identidades, afirmando a necessária delimitação dos interesses econômicos e políticos deste território e de escalas hierárquicas "acima" deste. Ou seja, no processo de planejamento que busca intervir para transformar determinada situação, de saúde, por exemplo, além de definir "o que será construído", Brandão (73) defende a necessária definição "do que será destruído", ou "desconstruído"

para a construção do novo projeto. Por que aquela realidade a ser transformada é resultado ou a síntese de condições e acordos estabelecidos em um determinado jogo de interesses.

Assim, implementar processos de planejamento em saúde e da força de trabalho em saúde implica explicitar os interesses que se desvirtuam do projeto do SUS, os grupos que representam tais interesses e mobilizar forças políticas para enfrentá-los no sentido de reverter esta correlação de forças. Para Brandão (73), olhar para um território com intenção de apreendê-lo para instituir mudanças requer mapear os poderes instituídos neste espaço em três setores: o privado, o público e o poder das forças sociais e, ainda, como estes poderes estão articulados aos outros níveis (ou escalas) territoriais (regional, nacional, mundial). Para este mapeamento, nenhum instrumento de captação será suficiente por si só, haverá a necessidade de mesclar, somar vários instrumentos.

Santos e Rigotto (74) concordam que "a estratégia da territorialização em saúde, sobretudo no contexto das ações da Atenção Básica, reduz bastante a potência analítica e a eloquência descritiva acerca das inúmeras características da vida das pessoas que emergem num dado território". Para contribuir com a superação desta prática, os autores apresentam um roteiro que orienta a abordagem do território pelas equipes de saúde, propõe o uso de diferentes instrumentos e fontes dos dados (dados secundários, aplicação de questionários, grupos focais, entrevistas com informantes-chave, elaboração de mapas com participação dos moradores da área etc.) e supõe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e do papel do Estado na garantia do direito à saúde.

Acredita-se que, para que os serviços de saúde que constituem a atenção primária possam de fato interferir na dinâmica social de uma determinada área geográfica, no sentido de produzir condições promotoras de saúde, deveriam ter a possibilidade de identificar nesta área, além de indicadores demográficos e epidemiológicos que expressam parcialmente o "quanto" aquela população está adoecida ou o risco para seu adoecimento, outros elementos que pudessem explicar "como" esta população enfrenta o processo saúde-doença e quais os interesses para o enfrentamento (ou não) da doença.

Concordar com o princípio de participação popular no SUS e sua crucial importância para a consolidação dos demais princípios e diretrizes deste sistema, exige que profissionais de saúde e pesquisadores da área de saúde coletiva questionem-se quanto às condições que definem uma "comunidade" circunscrita em uma área de abrangência, e não

apenas quantas pessoas habitam aquele espaço. Quais as condições existentes em uma determinada área geográfica que a difere nos modos dos sujeitos que ali vivem de se relacionar com os serviços de saúde, por exemplo? Em outras palavras, por que ou o que faz uma população ter mais necessidade por serviços de saúde do que outras? Por que algumas unidades de saúde ou equipes de saúde da família tem maior ou menor demanda, mesmo com quantidade semelhante de habitantes em seus territórios adstritos? O que faz uma população mais ativa ou mais passiva em relação à assistência prestada, ou em relação à exigência dos seus direitos?

Estas questões poderiam auxiliar no reconhecimento das condições de vida da população adscrita a um território, não como um amontoado aleatório de pessoas vivendo em um mesmo ambiente, mas como um coletivo cuja história se expressa no modo como vivem neste ambiente.

Algumas dificuldades ainda precisam ser superadas para que dados qualitativos sejam incorporados no processo de reconhecimento do território pelas equipes de saúde. Talvez, a maior delas resida nas condições objetivas que estas equipes dispõem para coletar tais dados e analisá-los dando algum sentido prático para os mesmos. Os serviços de saúde têm mais ou menos consolidados os instrumentos para coleta e análise dos dados quantitativos, haja vista o desenvolvimento dos sistemas de informações em saúde de uso do setor de vigilância em saúde. No entanto, ainda não há tradição das equipes levantarem e valorizarem, nos momentos de reunião e encontro com os usuários, dados que contem a história daquela comunidade, como chegaram até ali e o que esperam do futuro. Na maioria das vezes, os encontros são realizados para que as equipes de saúde falem e os usuários escutem.

Estruturar os serviços e os processos de trabalho das equipes de saúde a partir das necessidades de saúde requer o esforço das equipes para traduzir e atender, da melhor maneira possível, necessidades que são sempre complexas. O reconhecimento e enfrentamento destas necessidades da população, em certo território, é que possibilitarão mudanças no modelo assistencial a partir da proposta da atenção básica. Portanto, é necessário compreender como estas necessidades são identificadas e enfrentadas, a partir da perspectiva dos trabalhadores de saúde e dos usuários (48).

Na proposta de Schraiber e Mendes-Gonçalves (20), os serviços de saúde deveriam aproveitar a qualidade de serem "contexto instaurador de necessidades" para serem "espaços de emergência de necessidades" ainda não "trabalhadas" do ponto de vista técnico, propondo-se a resgatar valores que foram negativados ao longo da história da organização dos serviços de saúde, abrindo-se à instauração de novos sistemas de valores. Para tanto, de acordo com os autores, é necessário "evitar a redução de necessidades de saúde a processos fisiopatológicos [...]; revalorizar a busca por assistências progressivamente totalizadoras, ao invés da somatória dos atos especializados […]; instituir a dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica".

Talvez, a incipiente incorporação da abordagem qualitativa no levantamento de informações importantes para o planejamento da assistência pelos serviços de saúde seja a medida da distância entre o serviço e a academia, haja vista a crescente incorporação desta abordagem nas pesquisas realizadas. Ou a dura e redundante constatação de que efetivamente conceitos como participação da comunidade, planejamento ascendente, adstrição de população e territorialização ainda carecem de análises sobre sua real contribuição nestas duas décadas de SUS.

Nakamura e Martin (48) indicam a possibilidade de estudos etnográficos sistemáticos, a serem realizados a partir de visitas domiciliárias, reuniões de equipe ou outras atividades realizadas na unidade, por exemplo, para identificar necessidades de determinados grupos populacionais não visíveis de forma imediata ou por meio da aplicação de instrumentos estruturados com ênfase na abordagem epidemiológica. A observação participante e a entrevista em profundidade poderiam ser úteis para o trabalho das equipes de saúde ou de apoiadores de mudanças nestas equipes.

O território área de abrangência de uma equipe de Saúde da Família/Atenção Básica compõe-se de diferentes grupos sociais, com diferentes dinâmicas e condições de vida, apesar de semelhante número de habitantes. Nesse sentido, as características deste serviço deveriam ser definidas regionalmente para adequarem-se a estas variações e efetivamente constituírem-se em porta de entrada preferencial desta população. Desde o horário de funcionamento, a composição das equipes e práticas clínicas deveriam estar adequadas a estas necessidades. Por exemplo, populações de até 4.000 habitantes podem ser compostas por maior ou menor número de idosos acamados, ou então, por trabalhadores

que não conseguirão acessar os serviços de saúde nos horários definidos atualmente, por uma população mais ou menos ativa em relação ao controle social que deve exercer sobre a política de saúde local, ou ainda, por um percentual maior ou menor que a média nacional de doenças crônicas, distúrbios mentais, gestantes com alto-risco etc.

Estas informações a respeito das características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população deveriam estar à disposição das equipes e dos conselhos locais de saúde para que juntos pudessem definir a melhor estratégia de atenção primária a ser ofertada e a melhor composição dos meios para enfrentar tais problemas.

O atual Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizado pelas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde tem limites importantes para o reconhecimento desta dinâmica social e dados mais detalhados sobre a população, fato que indica a necessidade da construção de novos instrumentos para o levantamento de tais características dentro de um território, conforme defendem Pereira e Barcellos (51):

> Nesse caso, seriam necessárias outras fontes de informação, não só advindas da agregação dos dados de famílias (SIAB), mas principalmente **geradas por instrumentos que captem a existência de características da coletividade, tanto variáveis emergentes da interação humana, como as redes sociais, valores e formas de organização, como ambientais, que contextualizam as condições de vida** no espaço geográfico (51) (grifos nossos).

Para preencher as lacunas dos atuais sistemas de informação de saúde, alguns municípios vêm buscando alternativas para conhecer as características de uma determinada população a ser assistida por equipes de saúde da rede básica e melhorar a produção de informações para apoiar os processos de decisão no campo da saúde. Pereira e Paranhos (75) apresentaram a proposta do "Projeto Mapeando Saúde", implantado em julho de 2001 e que utilizou um Sistema de Informação Geográfica para o mapeamento de condições de saúde de uma população assistida por uma equipe de Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais. De acordo com esses autores, desde a implantação do SUS, um ponto crítico para a inversão do modelo assistencial no Brasil é a produção de informações que subsidiem o processo de gestão, pois:

> [...] o problema se configura na utilização de metodologias e ferramentas (sistemas de informação) que suportem a complexidade social da realidade sobre a qual ela atua. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), de âmbito nacional, utilizados no município, fornecem parcialmente os dados necessários à construção dos indicadores sociais, a partir dos quais se planejam e orientam as ações em saúde no nível local (75).

Os autores citados apontam para a necessidade de investir mais na diversificação da formação da equipe e na contratação de novos profissionais para compreender o fenômeno complexo do processo saúde-doença e manejar instrumentais que possibilitem o conhecimento da situação de saúde de determinada população, como os sistemas de informação (75).

Alguns estudos mencionam obstáculos para o cumprimento das determinações legais no âmbito da saúde, possivelmente, em função da discordância entre as demandas das populações atendidas pela estratégia Saúde da Família e os meios e condições disponíveis para atender a essas demandas. Em artigo que analisa a possibilidade de a estratégia Saúde da Família garantir o direito à saúde da população (76), os autores chamam a atenção para a dificuldade de

> [...] pensar em *todos* como um conjunto igualitário de demandas individuais e coletivas, perante as gritantes desigualdades sociais associadas a oportunidades diferenciadas de inserção no processo produtivo, no acesso à informação e educação, à moradia e todos aqueles elementos relacionados a um padrão de vida digna (grifo do autor).

As autoras apontam como desafios ainda a serem superados pela ESF as iniquidades e heterogeneidades presentes no vasto território nacional, além do modelo assistencial biomédico, pautado na doença e com poucas ações voltadas à promoção da saúde (76).

Desvendar as singularidades de cada um dos territórios sob responsabilidade das equipes de saúde da rede básica tem sido objeto de várias pesquisas em todo o Brasil. Em estudo realizado por pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas, foram identificadas necessidades de idosos em áreas de abrangência de Unidades de Saúde tradicionais e com a ESF nas regiões nordeste e sul do Brasil. O estudo apresentou, entre

outros resultados, a crescente demanda desta população por serviços de saúde que atendam às necessidades de idosos com maior ou menor autonomia, pouco acesso aos serviços essenciais e com potencial para, cada vez mais, necessitar de cuidados domiciliares (77). Alterações na estrutura etária da população também induzirão à produção de novas necessidades, que precisarão de atendimento por equipes de saúde com condições de fazê-lo.

Para subsidiar a distribuição mais equânime dos recursos municipais, Belo Horizonte, por exemplo, tem utilizado, desde 1993, os indicadores de vulnerabilidade social (78). A operacionalização da vulnerabilidade possibilita avaliar, de um modo objetivo, ético e político, as condições de vida que expõem os indivíduos e grupos ao problema, assim como, permite avaliar os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para seu enfrentamento. Este conceito pretende superar o caráter individualizante e probabilístico do conceito de risco apontando para o conjunto de aspectos coletivos, contextuais, de disponibilidade ou carência de recursos destinados à proteção e que podem levar à suscetibilidade a agravos ou doenças (79; 80).

Muñoz-Sanchéz e Bertolozzi (80), afirmam que a vulnerabilidade pode ser potencializada ou minimizada pelo nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade, pois estas condições implicam o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação. Desta forma, as autoras sugerem a possibilidade de leitura das necessidades de saúde a partir do conceito ampliado de vulnerabilidade para apoiar os sujeitos sociais na busca por seus direitos sociais, contribuindo para renovar as práticas de saúde coletiva, por meio de ações multidisciplinares e intersetoriais.

Em suma, nesta parte do trabalho foram apresentados os conceitos de necessidades de saúde e território que estão integrados à proposta de planejamento da força de trabalho em saúde a partir das necessidades de uma população, adstrita a um território. Tanto os modos de satisfação das necessidades quanto a construção dos territórios são determinados socialmente, ou seja, pelo modo de produção e reprodução da vida material e subjetiva dos homens. Importa, para as análises deste trabalho, ressaltar que, no atual modo de produção da vida, existem interesses econômicos, políticos e sociais divergentes daqueles propostos pelo movimento da reforma sanitária e construção do SUS que, atrelados aos interesses do mercado, induzem ao consumo de procedimentos, consultas,

exames médicos como meio para satisfação da necessidade de saúde, ao mesmo tempo em que tomam as desigualdades das condições de vida e os reais determinantes do processo saúde-doença como “naturais” de um território.

Planejar estratégias para viabilizar a consolidação dos princípios da universalidade, da integralidade e igualdade, inscritos na legislação sanitária vigente, exige o enfrentamento destes interesses e, para isso, sua explicitação nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários e nos processos de territorialização para o reconhecimento das necessidades e direitos da população.

Nas análises seguintes, são apresentados os dois principais projetos políticos para a atenção básica/primária e a indicação de qual deles pode atender às necessidades de saúde e garantir os direitos conquistados pela população brasileira a partir da proposição do SUS.

2 ATENÇÃO BÁSICA: HISTÓRICO, PROJETOS POLÍTICOS E IMPLICAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Este capítulo pretende situar a temática do planejamento da força de trabalho em saúde para a Atenção Básica, a partir da delimitação deste nível de atenção. Apresenta o surgimento da proposta de organização dos sistemas de saúde a partir do primeiro nível de atenção, contextualizando-a no âmbito das políticas sociais e de saúde, de modo mais abrangente. Dividiu-se o capítulo em três partes: a primeira aborda à Atenção Primária em Saúde (APS) no mundo e à disputa entre projetos políticos distintos para a definição do papel do Estado no tocante às políticas sociais; a segunda parte trata das singularidades do contexto brasileiro, incluindo a distinção entre os termos "primário" e "básico"; a terceira parte discute, especificamente, os elementos da política nacional de Atenção Básica com implicações para o planejamento da força de trabalho em saúde.

2.1 A atenção primária à saúde no mundo: histórico e projetos políticos

De acordo com Conill (81), existem duas concepções predominantes de Atenção Primária em Saúde (APS): a de primeiros cuidados essencialmente ambulatoriais e a de uma política de reorganização do modelo assistencial e do sistema de saúde. Portanto, é necessário que se recupere historicamente a origem da proposta de APS, para situarmos essas concepções em disputa nos cenários internacional e nacional e apontar em direção da mais adequada ao planejamento da força de trabalho.

De certa forma, observa-se que a busca por uma conceituação desta prática está intrinsecamente relacionada com uma questão fundamental para o campo da saúde pública,

enquanto política social: o limite de intervenção do Estado, das suas responsabilidades e dos deveres diante da necessidade de assegurar saúde aos cidadãos. Está relacionada, portanto, à concepção de Estado e ao papel das políticas sociais em uma dada sociedade.

Os projetos em disputa no campo da APS hoje estão fundamentados basicamente em duas vertentes: uma, vinculada à lógica do capital, que aposta na seleção de algumas ações a serem destinadas, por parte do Estado, à parcela da população que não puder arcar privadamente pelos serviços de saúde que necessitar; outra, organizada a partir das necessidades de saúde compreendidas como direitos sociais do conjunto da população, com condições plenas de resolver, no mínimo, 80% dos problemas prevalentes e, desta forma, organizar o conjunto das ações e serviços prestados pelo sistema de saúde.

Ao primeiro projeto, o termo "primário" teria a conotação de "primitivo", "elementar", "rudimentar", assim como o "básico" seria o "mínimo necessário", caracterizado por serviços de baixo custo e, portanto, de baixa resolutividade, focalizados preferencialmente na população mais pobre sem possibilidade de arcar com os custos de serviços de saúde de melhor qualidade.

Na segunda proposição, o termo "primário" tem a conotação de "primeiro", por se tratar do primeiro nível de assistência, aquele que antecede os outros níveis, reservados para problemas de saúde que exigem ações de níveis secundário e terciário (especializados ou hospitalares). O termo "básico", mais difundido no Brasil, teria a intenção de indicar que este nível seria a "base" do sistema de saúde, que estruturaria os demais níveis a partir da sua atuação. Indica, portanto, a importância deste nível para a organização de todo o sistema de saúde, considerando os princípios da universalidade e da integralidade da assistência.

Portanto, os termos "primário" e "básico" não diferem entre si a partir da sua análise semântica, sendo que ambos podem ser utilizados para designar pelo menos dois projetos antagônicos de saúde.

Vários estudos (81; 82; 83; 84; 85) indicam que a propagação da ideia de atenção primária tem sido atribuída ao Relatório Dawson, elaborado por Bertrand Dawson, médico inglês da Família Real Britânica e presidente do Conselho Consultivo dos Serviços

Médicos, em 1920, para criticar o Relatório Flexner[18] e, recomendar a organização de um sistema nacional de saúde na Inglaterra a partir das diretrizes da regionalização, hierarquização e integração entre os níveis primário, secundário e terciário. Outros autores (82) recorrem à história da Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, para descrever a discussão conceitual ocorrida neste campo e que se difundiu a partir da década de 1930, caracterizada por ações de caráter comunitário e da associação entre o desenvolvimento social e as condições de saúde como projeto alternativo de assistência.

Desde 1915, os EUA introduziram a proposta de organização de serviços de saúde pautada na delimitação do espaço urbano (territorialização) para a execução de ações de saúde de forma integrada, excluindo-se, no entanto, tanto o atendimento clínico (87) quanto os "clientes que pudessem buscar livremente as unidades para atendimento de suas inúmeras demandas e necessidades individuais" (88). A cidade de Nova York, por exemplo, havia criado o Distrito Sanitário nº 1, na Zona Leste e, até 1930, já existiam nos EUA 1.511 Centros de Saúde que assumiam atividades ligadas à

> educação sanitária, assistência educativa materno-infantil, distribuição de leite, controle de doenças endêmicas e epidêmicas, saúde escolar, vigilância sanitária sobre alimentos, inspeção sanitária de estabelecimentos e supervisão das parteiras (87).

É importante atentar, neste momento, para o contexto social, econômico e político mundial neste período. Após a Segunda Guerra Mundial, na década de 1940, já se apresentavam dois projetos delimitadores do papel do Estado para os países capitalistas: o Estado de Bem-Estar, defendido pelos sociais-democratas e o Estado Mínimo, defendido pelos neoliberais. De acordo com Anderson (89), o neoliberalismo foi uma reação teórica e política contra o Estado de Bem-Estar, iniciada logo após a II Guerra Mundial, nos países capitalistas da Europa e da América do Norte.

Em 1944, Friedrich Hayek escreveu em *O caminho da servidão*[19] suas críticas ao Estado de Bem-Estar que, segundo sua visão, impunha limites ao mercado e limitava,

[18] O Relatório Flexner foi elaborado em 1910, pelo médico norte-americano Abraham Flexner, que propôs a reformulação da formação médica americana, e influenciou vários países, incluindo o Brasil, que defendia o ensino médico dentro de universidades, com rigoroso controle de admissão, currículo com ênfase na doença, no indivíduo, e o hospital como local privilegiado para o estudo das doenças. Para maiores informações ver: Pagliosa FL, Da Ros MA (86).

desta forma, a própria liberdade econômica e política e a vitalidade da concorrência, indispensável à prosperidade de todos no capitalismo. Durante as décadas de 1950 e 1960, o contexto de crescimento econômico e desenvolvimento do capitalismo e as políticas sociais do Estado de Bem-Estar, não favoreceram o progresso das teorias de Hayek e seus seguidores. No entanto, as ideias neoliberais passaram a se destacar com a grande crise do modelo econômico do pós-guerra, a partir de 1973 (89).

Também em 1944, nos Estados Unidos, foi realizada a Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas – Conferência de *Bretton Woods* – na qual, representantes dos quarenta e quatro países participantes, sob hegemonia norte-americana, definiram a direção da política externa dos Estados Unidos em relação aos países da América Latina. Nos anos seguintes, criaram-se organismos internacionais (Fundo Monetário Internacional, Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento – o Banco Mundial, Organização das Nações Unidas e outros) que passaram a conduzir projetos de desenvolvimento para os Estados capitalistas periféricos[20]. Estes órgãos passaram a funcionar como reguladores, operando dentro do sistema capitalista e respondendo a interesses econômicos e financeiros dominantes. Ao Fundo Monetário Internacional coube coordenar as políticas de desenvolvimento e de promoção da estabilidade da balança de pagamentos dos países membros, ao Banco Mundial foi atribuído o papel de intermediador das relações entre países doadores e beneficiários e como financiador de projetos prioritários (90).

Para os neoliberais, as causas da crise da década de 1970 eram os gastos excessivos do Estado de Bem-Estar com as políticas de proteção social, por sua vez, reivindicadas pela pressão do movimento operário e dos sindicatos, que teriam destruído as bases de acumulação capitalista e os níveis necessários de lucros das empresas. A solução era, então, diminuir os gastos sociais do Estado e mantê-lo no controle da estabilidade monetária, além de restaurar a taxa "natural" de desemprego, criando um exército de reserva para dificultar mobilizações operárias e sindicais. Esta política construiu sua

[19] A servidão humana mais completa, aos olhos de Hayek, era o regime comunista, combatido de forma contundente pelo ideário neoliberal (89).

[20] Para o setor saúde foram criadas a Organização Mundial da Saúde, em 1948, subordinada à Organização das Nações Unidas, criada em 1945, e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que já havia sido criada em 1902 e foi transformada em organismo regional da OMS, em 1947.

hegemonia ao longo da década de 1970 e, no início dos anos 1980, países capitalistas avançados como Inglaterra, Estados Unidos, Alemanha, Dinamarca e outros países do norte da Europa ocidental implantaram, como programas de governos de direita, as orientações neoliberais, em variadas "versões", mas todas priorizando a estabilidade monetária, a contenção do orçamento público, concessões fiscais aos detentores do capital e abandono do pleno emprego (89). Anderson ressalta que:

> No início, somente governos explicitamente de direita radical se atreveram a pôr em prática políticas neoliberais; depois, qualquer governo, inclusive os que se autoproclamavam e se acreditavam de esquerda […]. O neoliberalismo havia começado tomando a social democracia como sua inimiga central […] depois, os governos social-democratas se mostraram os mais resolutos em aplicar políticas neoliberais (89: 14).

Mota (91) lembra que as crises do sistema capitalista são a expressão de um desequilíbrio entre a produção e o consumo, comprometendo a realização do capital porque, quando são produzidas mais mercadorias do que são consumidas, o processo de acumulação é afetado. As causas podem ser diversas: a anarquia da produção, a concorrência intercapitalista, com a consequente queda da taxa de lucro, o subconsumo de massa ou outro incidente econômico ou geopolítico. Por isso, para o capitalismo manter-se, não basta ampliar a produção, deve-se assegurar o consumo, as políticas sociais do Estado de Bem-Estar faziam isto. Nos períodos de crise o capital se recicla, reorganiza suas estratégias de produção e reprodução social, havendo, portanto, uma restauração das condições de acumulação, em níveis mais complexos e instáveis, para garantir sua continuidade.

Significa, de acordo com a autora anteriormente citada, que as crises não ocasionam, mecanicamente, um colapso do capitalismo, mas deflagram períodos de exacerbação das contradições fundamentais deste modo de produção que podem incitar processos em direção à ordem ou a rupturas, dependendo das condições objetivas e das forças sociais em confronto. Com o objetivo de conservar e restaurar as condições de produção e acumulação no âmbito do capitalismo são criadas novas formas de produção de mercadorias, com maior racionalização do trabalho vivo pelo uso da ciência e tecnologia,

novos métodos de gestão que permitem o aumento da produtividade e a redução dos custos de produção. O Estado também é convocado a redefinir seus mecanismos legais e institucionais de regulação da produção material e da gestão da força de trabalho, instituindo novas formas de intervenção quanto à proteção social, à legislação trabalhista e sindical, além daquelas diretamente relacionadas à política econômica (91).

Nos anos seguintes à Segunda Guerra Mundial, o Estado de Bem-Estar foi uma medida que sustentou a expansão do capitalismo, por meio de políticas sociais que atendiam algumas das demandas operárias e favoreciam a ampliação do consumo por parte dos trabalhadores, e o surgimento da produção e consumo em massa. O Estado, ao mesmo tempo em que respondia às reivindicações dos movimentos operários e liberava parte dos salários para o consumo de mercadorias, assumia os custos de reprodução da força de trabalho anteriormente pagos pelos salários dos próprios trabalhadores, disponibilizava fundos públicos para investimentos privados dos capitalistas e, principalmente, oferecia uma alternativa ideológica ao socialismo, grande ameaça à sociedade capitalista naquele momento (91).

Nos países periféricos foi alimentada a ideologia desenvolvimentista como possibilidade de integração a esta ordem mundial, que incentivava a industrialização e o crescimento econômico, sem a oferta dos serviços públicos estabelecidos nos países centrais. Este processo de industrialização, nestes países, foi induzido por meio de financiamentos externos que ocasionaram o endividamento e um processo de escoamento de capitais para o pagamento dos empréstimos recebidos – principalmente dos juros desta dívida - nos anos 1980 e 1990, quando os países centrais já estavam revelando os sintomas da crise de acumulação (91). De acordo com a autora,

> É nesse marco que se dá a integração do Brasil à ordem econômica mundial, nos anos iniciais da década de 1990, sob os imperativos do capital financeiro e do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela reforma do Estado. Na prática, isso se traduz em medidas de ajuste econômico e retração das políticas públicas de proteção social, numa conjuntura de crescimento da pobreza, do desemprego e do enfraquecimento do movimento sindical, neutralizando, em grande medida, os avanços e conquistas sociais alcançadas pelas classes trabalhadoras nos anos 80 (91: 8).

A Conferência de Alma-Ata foi realizada na antiga União Soviética, em plena década de 1970, período em que os países capitalistas centrais já sentiam os sintomas da crise. Esta conferência não inaugurou a discussão sobre a APS, mas sintetizou experiências já empreendidas em alguns países e regiões do mundo como Indonésia, Índia, Guatemala, Tanzânia, China e Cuba (82) e que buscavam, além de uma base teórica-conceitual clara para seu amadurecimento, uniformizar estas experiências no mundo a partir da definição de um limite mínimo de assistência. Nesta conferência, de forma genérica propôs-se que

> os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (92).

O termo "Atenção Primária em Saúde", após a Conferência de Alma-Ata, suplantou o termo anteriormente utilizado - "Serviços Básicos de Saúde" - que passou a ser visto como um termo restrito à clínica simples, que não abarcava os determinantes sociais de saúde e desvinculava a saúde do desenvolvimento socioeconômico do país (82). No entanto, a prática de diversos países – já em processo de implantação das políticas neoliberais - enfatizou o caráter de serviços mínimos, que deveriam ser "preferencialmente" destinados aos mais pobres, e sinônimo de assistência de baixo-custo, limitada às ações destacadas no relatório da conferência como: promoção de nutrição adequada e acesso à água de qualidade, saneamento básico, atenção à saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas locais, educação relacionada aos principais problemas de saúde e seus métodos de prevenção e controle e tratamento adequado às principais doenças e agravos.

No relatório final desta conferência (93), aponta-se que o sistema de saúde deveria ser composto pelo setor saúde e outros, cujas ações estariam relacionadas e contribuiriam com a produção de saúde. O sistema de saúde, dividido em vários níveis, teria na APS o ponto de contato entre os indivíduos e o sistema. E, ainda, as ações desenvolvidas nesse primeiro nível do sistema poderiam variar entre países e comunidades. Também foram elencados aspectos organizacionais da APS, que deveriam ser considerados no momento do planejamento, como a participação da comunidade e os recursos necessários para efetivar a política de saúde e a política de atenção primária. Dentre eles, indicava-se a necessidade de analisar questões relativas à composição de equipes de saúde, modos de seleção, remuneração, carreira, viabilidade de selecionar voluntários, tipo de formação, tempo de formação, responsabilidade pela formação, entre outros. Mas, como o próprio relatório indica, estas questões deveriam ser respondidas a partir dos problemas locais, tendo o relatório mencionado a necessidade de estabelecer as ações mínimas que deveriam ser implementadas pela atenção primária, em qualquer país ou localidade (93).

Por ações mínimas buscou-se estabelecer um limite a partir do qual deveriam ser adicionadas ações com o intuito de atender os problemas de saúde próprios daquele nível de assistência, como a conferência reuniu países com diferentes projetos políticos e econômicos distintos, o relatório expressou o consenso possível naquele contexto. Contraditoriamente, questões como o suposto baixo custo da APS, a formação apressada de profissionais originários da comunidade e o voluntariado estavam ao lado da compreensão da determinação social do processo saúde-doença, da importância da intersetorialidade, indicando visões mais abrangentes do modelo proposto.

No entanto, apenas um ano após a realização da Conferência de Alma-Ata, reuniram-se, na Itália, grandes agências financiadoras internacionais, como o Banco Mundial, a UNICEF, a Agência de desenvolvimento Internacional dos EUA, a Fundação Ford e o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Internacional do Canadá, para apresentar a (contra)proposta à APS: a "Atenção Primária Seletiva". Esta, apoiada em análises de custo-eficácia, limitou-se a definir uma lista de vinte e três patologias e quatro principais medidas: imunização, reidratação oral, aleitamento materno e drogas antimaláricas a serem utilizadas para o atendimento das patologias indicadas (82).

A ideia de definir um pacote mínimo de ações a ser oferecido a populações e situações restritas tem sido o projeto antagônico - porém, hegemônico - à ideia da consolidação da APS como primeiro nível de assistência resolutivo de um sistema de saúde organizado hierarquicamente, mas com garantia de atenção integral e universal. A opção por uma ou outra remete a definição do papel do Estado quanto ao financiamento e oferta de serviços nos sistemas públicos de saúde. Portanto, estão em disputa não os termos mais adequados - "atenção básica" ou "atenção primária", mas, fundamentalmente, projetos políticos para delimitar os gastos públicos com tal política.

Nas décadas de 1980 e 1990 várias "reformas"[21] sociais, dentre elas a do setor saúde, ocorreram em todo o mundo, tendo os organismos internacionais de sustentação do capital financeiro (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional) e de políticas de conservação do sistema econômico capitalista (Organização das Nações Unidas, Organização Mundial da Saúde) assumido papéis proeminentes na configuração da política de saúde em muitos países (95; 96) Para corrigir supostas distorções do Estado, o que garantiria aos países periféricos empréstimos financeiros, estes organismos propuseram, entre outras "tarefas", a transferência de atividades públicas para o setor privado, sob o pretexto de maior eficiência administrativa do setor privado. Várias privatizações de instituições públicas foram realizadas nos anos 1990 e foram criados mecanismos para a formação de um "setor público não estatal", responsável pela execução de serviços subsidiados pelo Estado, mas sob o controle de entidades de caráter privado (94).

Além da reconfiguração das funções estatais, das ideologias e práticas imprimindo novos consensos hegemônicos e da reestruturação dos capitais, com fusões patrimoniais e formação de oligopólios globais, as medidas neoliberais para a redefinição das estratégias de acumulação e reprodução do capital também impuseram transformações no mundo do trabalho, tanto na divisão internacional do trabalho como na organização do trabalho coletivo. Na nova divisão internacional do trabalho, as atividades "nobres" de planejamento, projetos, pesquisas em ciência e tecnologia, *designers* etc. ficaram nos países centrais, transferindo para os países periféricos o trabalho "sujo e precário", contando com

[21] Noronha e Soares (94) alertam para o uso do termo "reforma", neste período, esvaziado de conteúdo, assumindo um caráter mágico e infalível na solução de todos os problemas nacionais. Indicavam a inexistência de uma "reforma neutra" cujos interesses não estavam explícitos necessidade de definir com clareza, qual o Estado objeto de reforma e quais aspectos deveriam ser reformados.

mão de obra mais barata, grande diversidade de regimes de trabalho, a dispersão espacial e a desproteção dos riscos do trabalho. Na organização do trabalho coletivo são retomadas antigas formas de exploração, como o salário por peça, trabalho em domicílio - transformando inclusive o espaço doméstico "não mercantil" em espaços produtivos - além da desterritorialização de partes do ciclo produtivo, instaurando novas formas de cooperação nas quais se incluem e se ajustam, num mesmo processo de trabalho, atividades envolvendo altas tecnologias, superespecialização e precarização (91).

> De certa forma, essas mudanças somente se tornam possíveis pela ofensiva do capital para construir outra subjetividade do trabalho, implantando mecanismos participativos e instituindo, entre outros, programas de participação nos lucros ou, ainda, transformando parte dos trabalhadores em acionistas minoritários das empresas reestruturadas (p.12) (91).

De fato, o programa neoliberal obteve êxito em seus propósitos: diminuir a inflação, recuperar as taxas de lucros, derrotar o movimento sindical e ampliar as taxas de desemprego, enquanto mecanismo "natural" e necessário nas economias de mercado eficientes. No entanto, estas medidas haviam sido concebidas como meios para "reanimar" o capitalismo, intentando restaurar as altas taxas de crescimento existentes antes da crise dos anos 1970, as quais não foram atingidas. A recuperação dos lucros não levou a uma recuperação dos investimentos, pois, a desregulamentação financeira criou condições mais propícias à especulação do que para o incremento da produção. As altas taxas de desemprego e o aumento demográfico dos aposentados acabaram por onerar o Estado com gastos sociais, apesar de todas as medidas tomadas para diminuí-los (89).

Nem mesmo uma nova recessão econômica, no início da década de 1990, abrandou a hegemonia neoliberal nos países capitalistas ocidentais. Ao contrário, sua vitalidade pôde ser observada no processo de privatizações até mesmo em países europeus antes resistentes a elas. Uma das razões para esse dinamismo das políticas neoliberais foi a interrupção da experiência socialista na União Soviética e Europa oriental, entre 1989 e 1991 (89).

O "triunfo neoliberal" no leste europeu se disseminou para outras partes do mundo, mas na América Latina, particularmente no Chile, suas experiências-piloto já

haviam sido iniciadas na década de 1970 (uma década antes de Margaret Thatcher, na Inglaterra), sob a ditadura de Augusto Pinochet, cujo programa neoliberal pressupunha além da desregulamentação, do desemprego massivo, da repressão sindical, da redistribuição de renda em favor dos ricos e das privatizações de bens públicos, a abolição da democracia (89).

No Brasil, as políticas de cunho neoliberal resultaram em muitas contradições entre a legislação sanitária construída a partir da Constituição Federal de 1988 e durante a década de 1990 e a prática dos serviços de saúde, como tratado a seguir.

2.2 A atenção básica no Brasil

Atenção Básica (AB) é o termo difundido, no Brasil, para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, internacionalmente designado por Atenção Primária à Saúde (APS). Atenção Básica, Atenção Primária e Saúde da Família são termos que têm sido utilizados ora como sinônimos, ora em contraposição entre eles (97). A opção por um ou outro termo não deveria ser considerada apenas um artifício ortográfico, como apresentado anteriormente, mas auxiliar na compreensão dos distintos contextos conceituais e ideológicos a que estão submetidos tais termos, no Brasil (82).

Neste estudo, será utilizado preferencialmente o termo "Atenção Básica" (AB) para indicar as diferenças entre a proposta internacional e a nacional, contextualizada em condições sociais, econômicas e políticas diferentes das condições brasileiras. As experiências de consolidação da APS numa perspectiva mais abrangente, universal, integral e resolutiva, estão inseridas em países capitalistas centrais ou em países socialistas. Portanto, a experiência de consolidar a Atenção Básica, em um país com as características do Brasil, será única, merecendo um termo "nacional", ainda que nos documentos oficiais mais recentes os termos "primário" e "básico" estejam sendo utilizados como sinônimos.

Rocha e Caccia-Bava (98) indicam que a Atenção Básica não pode descolar-se do processo de desenvolvimento do SUS como um todo. Sendo assim, sem resolver os

problemas relacionados com a descentralização, com o financiamento, com os repasses fundo-a-fundo, com o desenvolvimento dos modelos de gestão e definição das atribuições assistenciais de responsabilidade dos municípios e estados, dificilmente haverá outros avanços.

Acrescenta-se a esta perspectiva que, da mesma forma que a Atenção Básica não está descolada do SUS, também este sistema não está desligado das políticas de saúde e sociais mais amplas, inseridas em um contexto econômico e político que não tem privilegiado a proteção social e os direitos humanos conquistados historicamente.

Consolidar a AB, no Brasil, como nível estruturante do atual sistema de saúde, de acesso universal e com alto grau de resolutividade, requer o enfrentamento de desafios impostos historicamente à consolidação do SUS como um todo e que, por sua vez, não se desvinculam do modelo econômico discutido anteriormente, que tem determinado condições como:

> a) importação da maioria dos equipamentos, medicamentos e insumos necessários à oferta de serviços de saúde, gerando dependência internacional; b) baixa competitividade do setor industrial em saúde; c) pouca capacidade produtiva em conhecimentos e tecnologias, capaz de aumentar a autonomia e o desenvolvimento econômico; d) elevação de taxa de juros para atrair capital, comprometendo os investimentos internos; e) submissão das políticas sociais às determinações restritivas impostas por bancos, credores e FMI; f) contingenciamento orçamentário para pagamento da dívida externa e aumento dos fundos de reservas nacionais, gerando políticas públicas restritivas e focalizadas (99; 100).

Estas condições estruturais, aliadas a falta de priorização da saúde no campo político-governamental, interferem na consolidação do SUS e da AB, influenciando as condições sob as quais se organiza o sistema, como o incentivo ao modelo de atenção biomédico para induzir ao consumo do aparato importado das nações "desenvolvidas"[22], as deficiências na formação dos profissionais de saúde, em razão das restrições orçamentárias também para as universidades públicas, que interferem no desenvolvimento de pesquisas e que poderiam estimular a criação de novas tecnologias, impulsionando a autonomia

[22] Os medicamentos estão entre os principais produtos importados pelo Brasil de países "desenvolvidos" e, de acordo com dados recentes publicados pelo IBGE, em 2009, as importações de bens e serviços relacionados à saúde chegaram a R$ 14,9 bilhões, equivalendo a 4,1% do total das importações brasileiras (101).

econômica do país, o incentivo às formações especializadas mais rentáveis de acordo com o mercado, ainda que inadequadas às necessidades do SUS.

A trajetória histórica da organização da rede de atenção básica, no Brasil, foi fortemente influenciada pelo "modelo *Rockefeller*"[23], que auxiliou na formação de uma geração de sanitaristas brasileiros que contribuíram na conformação desta rede de serviços (87). Neste período (1889-1930), o modelo assistencial adotado pela Diretoria Geral de Saúde era o de "campanhas sanitárias", destinadas a combater epidemias urbanas e endemias rurais. Em torno deste modelo, consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, vinculada a um corpo médico proveniente da oligarquia agrária da República Velha (103).

Dos anos de 1930 a 1950, foram organizados institutos de seguridade social, com programas e serviços de auxílios e de atenção médica aos trabalhadores assalariados e organizados. Essa dicotomia institucional se acentuou nos anos de 1950 e 1960: o modelo campanhista predominava nos órgãos de saúde pública, e o modelo curativista, dominante nos serviços previdenciários de atenção médica. "Justaposição, repetição, incompetência e ineficiência […] foram combatidos com mais programas, serviços e campanhas que, finalmente, redundaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública *versus* atenção médica individual" (103).

Como o sistema de saúde anterior ao SUS tinha como característica a dicotomia entre as ações voltadas à prevenção e controle das doenças no coletivo daquelas voltadas ao atendimento individual de cunho curativo e de reabilitação, pode-se dizer que não existia uma rede de Atenção Básica nos moldes propostos para o SUS. No lugar da dicotomia da atenção e organização dos serviços no período "pré-SUS", propôs-se a integralidade da assistência, a ser promovida pela organização dos serviços em uma rede hierarquizada, do nível primário ao terciário, com prioridade para as ações do primeiro nível de atenção. Neste sistema, a integralidade seria possível em função desta rede de serviços interligados e complementares entre si, cuja coordenação deveria ser realizada pela Atenção Básica.

[23] As atividades da Fundação *Rockfeller* tiveram início, no Brasil, em 1917, para em conjunto com o governo federal e estadual das regiões mais desenvolvidas (Rio de Janeiro, São Paulo e do Distrito Federal) realizarem campanhas sanitárias de prevenção de doenças infecto-contagiosas, próprias do modelo assistencial deste período (102). Simon Flexner, irmão do propositor do Relatório Flexner, foi contratado da Fundação *Rockfeller* entre 1901 e 1935.

A hierarquização, pensada enquanto princípio organizativo do SUS, busca possibilitar a integralidade da assistência à saúde da população atendida neste sistema por meio da organização dos serviços em níveis com densidades tecnológicas diferenciadas e apropriadas aos problemas a serem atendidos. Cada nível assistencial deve obedecer ao princípio da resolutividade da assistência, pois não se concebe um sistema hierarquizado apenas com o intuito de encaminhar usuários de um nível a outro sem a responsabilização com os resultados pretendidos.

Essa definição de atribuições, entre os distintos níveis, deve ocorrer não apenas naqueles municípios cuja estrutura de serviços permita a existência de ações básicas, de média e alta complexidade, como também entre aqueles cujo sistema municipal se restringe, por questões estruturais, ao primeiro nível de assistência. Tendo em vista, principalmente, que será a AB que organizará o fluxo de usuários pelo sistema de saúde, a partir de suas demandas, ainda que a maioria dos municípios brasileiros não possua capacidade instalada para ofertar ações dos três níveis[24], deverão organizar-se em regiões para que possam garantir a integralidade da atenção, mas, fundamentalmente, para que a AB possa funcionar de fato como a base estruturante do sistema de saúde.

A partir da década de 1970, o chamado Movimento da Reforma Sanitária (MRS) defendeu este sistema de saúde hierarquizado cuja base sustentadora seriam as ações nos moldes da atenção primária. Naquele contexto, o esforço do MRS direcionava-se para a construção de um sistema universal, em todos os níveis de assistência, não havendo grande preocupação em torno do problema da focalização da cobertura nos grupos mais pobres, já presentes nas propostas internacionais (105). Naquele período, existiam serviços com características da APS e o que se propunha era a extensão da rede ambulatorial, iniciada com programas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste e experiências municipais de modelos assistenciais alternativos como o Silos, os distritos sanitários, a Cidade Saudável, o Defesa da Vida e a Vigilância à Saúde (81; 105).

O movimento sanitário acreditava que, com o SUS, o sistema de saúde poderia ser construído a partir de um modelo de atenção que não tivesse a doença, o hospital, o atendimento curativo como principais objeto e meios de intervenção. Defendia as

[24] De acordo com o IBGE (104), dos 5.565 municípios brasileiros, 70,46% têm até 20 mil habitantes.

necessidades de saúde e direitos da população como o ponto de partida para a organização de uma rede de serviços que garantisse a universalidade do direito à saúde, sustentando, dentre outras, a proposição de que o primeiro nível de assistência, com alta resolutividade e articulado com os níveis de maior complexidade, poderia impactar positivamente sobre a qualidade dos serviços públicos e na saúde de toda a população brasileira.

No Brasil, a eleição de Fernando Collor, em 1989, ocorreu em um período em que se apontava o Estado como o "bode expiatório" da má distribuição de renda, desperdiçador, corrompido pelos "marajás". Porém, "a sociedade mostrou uma extraordinária capacidade de responder ao ataque neoliberal, organizando-se […] num movimento totalmente contrário àquilo que o pessimismo indicava como sendo o roteiro da derrota da sociedade". A hiperinflação do período, no entanto, substituiu o autoritarismo dos regimes ditatoriais como mecanismo para induzir "democraticamente" os brasileiros a aceitarem o receituário neoliberal como solução para os problemas enfrentados, chegando ao ponto de os trabalhadores abdicarem de aumentos salariais, por acreditarem que esta era a causa da inflação (106).

Dentre os principais objetivos do neoliberalismo, no Brasil, também estava a destruição da capacidade de luta e de organização que uma parte importante dos movimentos sociais e organizações sindicais mostrou ao responder à ideologia neoliberal com a aprovação, por exemplo, de princípios como a universalidade e integralidade do direito à saúde. Como consequência da desvalorização e barateamento da força de trabalho, do empobrecimento e exacerbação das desigualdades sociais, uma parcela da população tornou-se "inútil" para a produção; este "excedente" expulso do processo de produção para criar o exército de reserva, se transformou no foco das políticas sociais, principalmente de transferência de renda ou renda mínima, além de transformar os países periféricos em imensos reservatórios de força de trabalho barata e precária para as mega-corporações transnacionais (91).

> Amparada pela naturalização da mercantilização da vida, essa reforma social e moral busca, entre outros objetivos, transformar o cidadão sujeito de direitos num cidadão-consumidor; o trabalhador num empreendedor; o desempregado num cliente da assistência social; e a classe trabalhadora em sócia dos grandes negócios(p.14) (91).

Os valores defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária e assumidos nas diretrizes e princípios do SUS, nas décadas de 1980 e 1990, foram criticados pelos organismos internacionais que argumentavam a impossibilidade de países denominados "em desenvolvimento" arcarem com os custos de um sistema de saúde universal e integral, já criticadas nos Estados de Bem-Estar dos países centrais na Europa.

Desde então, os princípios e diretrizes contemplados na Constituição Federal de 1988 tornaram-se objeto de discussões políticas e acadêmicas que apontam para os obstáculos de seu cumprimento integral em um contexto desfavorável e antagônico aos mesmos. Este contexto de políticas neoliberais, promovido por "orientações" de organismos internacionais e cujos objetivos estavam na contramão dos propósitos do SUS, foi apontado como principal entrave para a sua consolidação (107; 108; 109).

Nas duas décadas seguintes à criação do SUS não se observaram as mudanças estruturais do sistema de saúde, necessárias à transformação dos serviços públicos. Santos (110) menciona algumas "mudanças funcionais" no setor saúde como a grande inclusão social nos serviços públicos de saúde e a consequente elevação da produção, com ampliação do envolvimento dos municípios e participação de trabalhadores, gestores e representantes populares nas discussões políticas e técnicas do sistema, assumindo os valores e princípios doutrinários do SUS, delimitados no microprocesso de trabalho. No entanto, essas mudanças não conseguiram mudar interesses e estruturas do modelo "pré-SUS".

Alguns estudos, que analisaram a expansão da Atenção Básica na década de 1990 no Brasil (97; 108; 109; 111), apontaram para a concordância que esta política de saúde estabeleceu com as orientações dos organismos internacionais que indicavam a necessidade de o país focalizar os gastos públicos com ações de saúde dirigidas aos grupos mais pobres da população, utilizando tecnologias menos densas e complexas, a fim de reduzir os gastos com este setor, criando condições adequadas para o cumprimento dos acordos financeiros com as agências internacionais, comandadas por representantes dos países centrais. Esses estudos apontavam, ainda, para a semelhança que as estratégias de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde guardavam com as orientações do

Banco Mundial, tendo em vista o caráter "mínimo" tanto na quantidade quanto na qualidade dos recursos utilizados, incluindo os recursos humanos.

A estratégia de Saúde da Família (ESF) foi proposta no início dos anos 1990, no governo Itamar Franco, posterior a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991), considerado o antecessor do programa Saúde da Família (PSF). Concebido enquanto programa, sua implantação nos municípios foi incentivada mediante o aporte financeiro àqueles que comprovassem o cumprimento dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde quanto a formação de equipes com composição mínima definida pelo gestor federal, adscrição de população em territórios definidos, cadastramento de famílias, dentre outros. O objetivo era o de melhorar o nível de saúde da população, mediante a mudança do modelo assistencial que deveria pautar-se na família e na comunidade e na atenção integral, conforme os preceitos do SUS.[25]

De acordo com Santos (110), a ampliação da AB não se pautou pela universalidade nem pela resolutividade, mas focalizou populações pobres sem acesso aos planos e serviços privados de saúde. Não se efetivou como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, na maioria das vezes, em função da baixa resolutividade, contribuiu para ampliar as filas de espera para os níveis de média e alta complexidade, em grande parte, sob domínio do setor privado. O SUS, após sua formalização na Carta Magna, foi se constituindo em um sistema "pobre para os pobres" e complementar para os clientes de planos e seguros privados.

Observou-se a continuidade da dicotomia do sistema, agora representado pela partilha dos serviços entre os setores público e privado, cabendo ao público as atividades de pouco interesse para os representantes do setor privado: a Atenção Básica e a assistência de Alta Complexidade, cuja relação custo-benefício não atraiu os investimentos do mercado.

Antes do SUS, já existia no Brasil um poderoso mercado de serviços de saúde, estimulado durante o período de ditadura militar, cujos interesses foram acomodados nas novas formulações da Constituição Federal de 1988, no art.199, que facultou à iniciativa privada a liberdade para atuar no setor saúde (112; 113; 114; 115). O Brasil, mesmo após a Constituição que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, mantém dois

[25] Para maiores informações sobre o processo de implantação da estratégia Saúde da Família no Brasil ver o estudo de Aguiar DS. A "saúde da família" no sistema único de saúde: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998 – disponível em http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aguiardsm.pdf.

grandes projetos polares para a política de saúde: a tradição dos sistemas nacionais de saúde, de caráter universal, e o modo liberal-privatista, com valores e interesses distintos, quando não antagônicos (116).

Mesmo após a criação de um sistema de saúde público de caráter universal, tem se ampliado o número de trabalhadores cobertos por planos de saúde, seja por adesão individual ou por meio de contrato empresarial ou associativo. A baixa qualidade e a escassez da oferta, causadas pelo desfinanciamento do setor público, têm sido a justificativa para a continuidade deste crescimento (117).

Os planos e seguros de saúde têm sido os principais intermediários do acesso aos serviços privados de saúde no Brasil. Nos anos 1990, ao mesmo tempo em que se desenvolvia o arcabouço jurídico que regulamentava e normatizava o SUS, também se desenrolava o processo de regulamentação da saúde suplementar, com a aprovação da Lei 9.656, em 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e, em 2000, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Além disso, as políticas de ajuste estrutural da economia também foram responsáveis pela retração de serviços públicos ofertados por meio de práticas focalizadas e compensatórias, ao mesmo tempo em que ampliou a participação dos setores privados, expandindo a atuação destes do mercado na saúde (118).

As pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizadas pelo IBGE de 1999, 2002 e 2009 apontam para um crescimento de 81,03% dos estabelecimentos privados no setor saúde, considerando o conjunto dos estabelecimentos financiados por planos de saúde e particulares. Em contrapartida, o setor público, representado pelos estabelecimentos financiados pelo SUS, apresentou um crescimento de 57,89%, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Estabelecimentos de saúde, por financiador de serviços – Brasil, 1999-2009

Ano	Público SUS	Privado			
		Plano próprio (a)	Planos de terceiros (b)	Particular (c)	Total (a+b+c)
1999	40.019	3.274	18.329	20.460	42.063
2002	46.666	2.754	22.018	24.175	48.947
2009	63.184	2.604	33.414	40.128	76.146

Fonte: Pesquisas Assistência Médico-sanitária – IBGE (36; 37; 38).

Na Tabela 2, verifica-se que, no conjunto de estabelecimentos privados financiados por planos de saúde e particular, a modalidade de financiamento por planos próprios apresentou redução de 7,78% em 1999 para 3,42% em 2009, e os planos de terceiros e financiamento particular aumentaram de 43,58% e 48,64%, respectivamente, em 1999, para 43,88% e 52,70%, respectivamente, em 2009. Pode-se creditar o aumento do número de estabelecimentos do setor privado ao tipo de financiamento particular na primeira década dos anos 2000.

Considerando a diferença proporcional entre o conjunto de estabelecimentos do setor privado e do SUS (5,10% em 1999, 4,89% em 2002 e 20,5% em 2009) pode-se afirmar que a diferença (ou a distância) foi ampliada em quatro vezes a favor do setor privado nos últimos anos do período analisado (Tabela 2).

Após a criação do SUS, com a justificativa de priorizar o fortalecimento da rede de AB, o Estado não investiu na garantia da assistência hospitalar em estabelecimentos públicos, relegando ao setor privado, ainda que arcando com os custos da maioria dos internamentos nesta rede. De 1999 a 2009, o Brasil acumulou uma redução do número total de leitos da ordem de 10,92% o que significa cerca de 52.949 leitos (Tabela 3). Tal redução foi fortemente influenciada pela involução do número de leitos do setor privado (-18,36%) o que corresponde a cerca de 62.767 leitos. Registre-se, contudo, que o setor público aumentou a oferta de leitos em cerca de 6,89% o que equivale a 9.818 leitos. Em 2009, dos 152.892 leitos públicos, 15.479 (10,12%) eram da esfera federal, 61.844 (40,45%) estaduais e 75.569 municipais (49,43%) (38).

Tabela 3. Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por categorias administrativas – Brasil, 1999-2009

		Públicos		Privados	
Ano	Total (a)	Leitos (b)	% (b/a)	Leitos (c)	% (c/a)
1999	484945	143074	29,50	341871	70,50
2002	471171	146319	31,05	324852	68,95
2005	443210	148966	33,61	294244	66,39
2009	431996	152892	35,39	279104	64,61

Fonte: Pesquisas Assistência Médico-sanitária – IBGE (36; 37; 38).

Em 1999, a proporção de leitos era de 3/1000 habitantes, sendo que esta proporção no setor público era de 0,9/1000 habitantes e no setor privado era de 2,1/1000 habitantes. Em 2009, esta proporção foi reduzida para 2,26/1000 habitantes, sendo 1,46/1000 habitantes no setor privado e 0,8/1000 habitantes no público. De acordo com o IBGE (38), o Ministério da Saúde recomenda uma proporção de 2,5 a 3 leitos/1000 habitantes. Com exceção da região Sul, em todas as outras, a média de leitos por habitantes esteve abaixo do preconizado durante o período.

Dentre as internações realizadas entre os anos 2001 e 2008, em média 66,5% foram no setor privado. Entretanto, do total de internações privadas ocorridas neste período, 74,5% foi custeada pelo SUS. Dos 279.104 leitos privados, 219.540 (78,66%) foram utilizados pelo SUS (37; 38). Ou seja, apesar de possuir apenas 32% dos leitos hospitalares da rede de saúde, o setor público é o responsável pela maioria das internações hospitalares realizadas na primeira década dos anos 2000.

De 1999 a 2009, as internações ocorreram principalmente nos âmbitos estaduais e municipais (90%, em média), com crescimento em 50,37% das internações municipais, 19,62% nas estaduais e redução de 4,05% no âmbito federal (38).

Os dados das pesquisas de AMS mostraram, ainda, que houve ampliação dos estabelecimentos privados de serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (SADT) no sistema de saúde, do Brasil, pertencente ao setor privado, aproximadamente 70%[26]. De acordo com as pesquisas do IBGE, estes serviços aumentaram o percentual de contribuição no total de estabelecimentos de 18,9% para 20,5%, entre 2005 e 2009 (38).

Pode-se dizer que um dos maiores êxitos do projeto neoliberal foi o de utilizar termos semelhantes aos defendidos pelo MRS, porém, dando-lhes novos significados em favor dos interesses capitalistas. Um desses exemplos ocorreu com a proposta de descentralização político-administrativa das ações e serviços públicos que, para os defensores do SUS, significava a possibilidade de gerir os serviços mais próximos de onde eles seriam prestados, com mais chances de planejar os serviços de acordo com a realidade e as necessidades de cada região e de maneira que favorecesse o controle social e a

[26] Outras análises sobre a origem e o desenvolvimento das práticas privadas no setor saúde e o complexo médico-industrial no Brasil ver: Vianna (119) e Negri e Giovanni (120).

fiscalização dos usuários sobre a qualidade e os gastos. Para os neoliberais, esta diretriz possibilitava a transferência da responsabilidade pelas ações de saúde para os níveis estaduais e municipais, uma medida que diminuía a responsabilidade da União com os gastos públicos com políticas sociais, uma vez que juntamente com os serviços foram repassados, também, os custos.

O processo de descentralização, assim como o dos repasses financeiros entre a União e os gestores estaduais e municipais foram definidas ao longo da década de 1990, principalmente, por meio de Normas Operacionais que classificavam o grau de autonomia de gestão estadual e municipal gradualmente, de níveis incipientes aos mais avançados. Este mecanismo foi substituído em meados da primeira década de 2000, quando foi instituída uma única forma de habilitação de estados e municípios e instituídos os Termos de Compromisso de Gestão, com o Pacto pela Saúde, em 2006. Antes disso, de acordo com o grau de autonomia e capacidade de gestão, eram repassados os recursos financeiros da União aos estados e municípios.

Ao final da década de 1990, a maioria dos municípios havia assumido a gestão da Atenção Básica, recebendo recursos financeiros para custear este nível da assistência, e assumiu, de forma crescente, os custos com a assistência à saúde, participando com uma contrapartida que passou a representar, em média, 22% dos orçamentos municipais.

De acordo com Santos (121), marcadamente a partir da década de 1990, a esfera federal diminuiu proporcionalmente sua participação no financiamento público de saúde, ao mesmo tempo em que se ampliou a participação dos municípios, seguida pelos estados. Enquanto em 1980, 75% do financiamento público era de origem federal e os demais 25%, estaduais/municipais, em 2008, a participação do gestor federal foi de apenas 46% enquanto a dos estados/municípios atingiu 54% (27,5% municipal e 26,5% estadual). Como a arrecadação tributária é superior na esfera federal (60%), compreende-se de que maneira foi possível enxugar os gastos do Estado, obedecendo à ordem neoliberal, apesar dos princípios de universalidade e integralidade do SUS e da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Mesmo com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29[27] (EC-29), esta situação não se alterou. A maioria dos municípios, que já investia o mínimo exigido pela EC-29 (15%), passou atualmente à média de 22%, que significam R$ 10 bilhões anuais além do mínimo constitucional (121).

Tabela 4. Despesas por habitante com ações e serviços de saúde financiadas por recursos próprios – Brasil, 2000-2006

Ano	União (R$)	Estados (R$)	Municípios (R$)	Total (R$)
2000	119,86	37,18	44,71	200,44
2001	130,37	47,96	54,79	232,22
2002	141,65	58,86	70,17	269,34
2003	153,67	68,66	81,35	301,51
2004	182,59	89,49	94,51	363,64
2005	198,15	93,58	111,88	401,73
2006	218,18	106,01	128,13	449,93

Fonte: Siops (123).

Na Tabela 4 pode-se observar que, enquanto no ano 2000, o gestor federal foi responsável por 59,80% do total das despesas com saúde por habitante no Brasil, em 2006, passou a responder somente por 48,49% destas despesas. Já os estados e municípios que, em 2000, participavam com 40,86% (18,55% e 22,31%, respectivamente), aumentaram esta participação para 52,04% (23,56% e 28,48%, respectivamente), demonstrando a transferência da responsabilidade pelo financiamento com saúde da União para estados e municípios, no processo de descentralização do SUS.

Na Tabela 5, apresenta-se a variação percentual dos gastos públicos com saúde pelas três esferas de governo, entre o período de 2001 a 2008, após a aprovação da EC-29. Observa-se que, apesar de todas as esferas apresentarem variação positiva, a média do

[27] A Emenda Constitucional nº 29 foi aprovada em setembro de 2000 e fixou os limites mínimos a serem gastos com ações e serviços de saúde em cada esfera de governo. A partir da EC 29 ficou estabelecido que a União deve aplicar o mesmo empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nacional do PIB, os Estados 12% e os Municípios 15% de seus orçamentos. A EC 29 ainda definiu a constitucionalização do Fundo e da missão do Conselho de Saúde, a atribuição de no mínimo 15% dos recursos federais *per capita* para a atenção básica, penalidade de intervenção e suspensão de recursos para quem não cumprisse o mínimo, determinação para que, a cada cinco anos, se regulamentasse seu teor, em relação aos percentuais devidos à saúde, pela União, Estados e Municípios (122).

período foi maior para estados (20,75%) e municípios (20,25%) que, gradualmente, assumiram maior participação nos gastos com saúde, do que para a União (11,6%), que, gradativamente, recuou no financiamento do SUS.

Tabela 5. Variação percentual das despesas com ações e serviços públicos de saúde segundo a esfera administrativa, Brasil, 2001-2008

Ano	União (%)	Estados (%)	Municípios (%)
2001	10	31	26
2002	10	24	29
2003	10	18	14
2004	20	32	19
2005	14	8	24
2006	10	15	16
2007	9	14	12
2008	10	24	22

Fonte: Siops (124).

No entanto, a ampliação dos investimentos em saúde, das três esferas de governo, não foram suficientes para consolidar a AB no Brasil, pois, nos últimos 12 anos, os gastos federais com assistência de média e alta complexidade do SUS cresceram seis vezes, ainda abaixo do crescimento inflacionário e populacional no mesmo período, mas os gastos com AB cresceram somente três vezes (121). Apesar do aumento da participação da AB na execução orçamentária do Ministério da Saúde, Castro e Machado (125) indicaram que esta participação foi, aproximadamente, de 20% das despesas federais com ações e serviços de saúde.

Os baixos investimentos têm contribuído para a precarização da rede de AB, tanto em relação às instalações físicas de unidades de saúde, como em relação ao quadro de pessoal e, desta forma, tem-se utilizado do conceito de "equidade" para focalizar as ações de AB nos mais pobres, sob o argumento de priorizar os mais necessitados.

Esqueceu-se, porém, de considerar os preceitos da universalidade e integralidade, pois ainda que fosse necessário priorizar a assistência àqueles que mais necessitam isso não significaria a ausência do Estado na assistência dos demais, muito

menos no incentivo do Estado para que recorram ao mercado de planos e seguros de saúde para garantia de acesso a serviços de saúde.

Em 2010, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) publicou um documento intitulado *A atenção básica que queremos* (126), no qual publiciza a posição dos gestores municipais para aprimoramento da atual Política Nacional de Atenção Básica. Defende a importância da qualificação da AB para assumir o papel de coordenadora do cuidado integral e ordenadora das redes de atenção à saúde. Ressalta que, além do baixo financiamento público e da falta de profissionais de saúde em quantidade e com perfis adequados, os gestores chamam a atenção para a insuficiência de recursos para atender as necessidades assistenciais da população, a necessidade de expandir os serviços sem sobrecarregar os municípios, com condições de planejamento e gestão intergovernamental na regionalização.

Nesse documento, os gestores também defendem mecanismos político-institucionais, como os contratos entre os entes públicos, para concretizar pactuações, compromissos e responsabilidades, respeitando a autonomia dos entes federativos. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) (127). Esta portaria prevê a contratualização defendida pelos gestores e incentivos financeiros para equipes de saúde da AB que cumprirem metas e indicadores acordados entre os entes, em direção ao que havia sido proposto.

Anterior a essa Portaria, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (128), que regulamenta a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Neste decreto, o capítulo que trata do planejamento, define que "o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada" e que deverão "ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os mapas da saúde regional, estadual e nacional". A inclusão dos serviços privados nos processos de territorialização, bem como a definição de metas a serem contratualizadas entre os entes federativos de uma

região, pode incentivar a cobrança de metas e indicadores de resultados também para os serviços privados integrados ao SUS.

A consolidação do SUS terá na AB a base a partir da qual serão estruturados os serviços de saúde de maior densidade tecnológica sempre com referência às necessidades identificadas pela equipe de saúde local. Para conseguir, efetivamente, estruturar o sistema de saúde, a Atenção Básica deve ter ampla cobertura e alta resolutividade, pois, ao atender pelo menos 90% da população brasileira e resolver pelo menos 80% dos principais problemas identificados, aos níveis de média e alta complexidade caberia o atendimento de uma demanda muito reduzida. Esta demanda tão reduzida não supriria satisfatoriamente o mercado da saúde, atualmente concentrado no setor privado, induzindo a sua retração.

Nesse sentido, a articulação entre os níveis assistenciais requer o planejamento das ações e dos recursos necessários para o enfrentamento dos problemas de saúde de forma regionalizada, incluindo os serviços privados, para garantir que a atenção básica não se restrinja a ações ambulatoriais de atendimento a uma demanda espontânea que não tem acesso aos serviços pagos ou aos mais complexos, de modo isolado das outras ações e com baixa resolutividade.

Para avançar da condição de "mínima", Göttems e Pires (100) argumentam que a Atenção Básica (AB) deve estar integrada, regionalmente, a toda a rede de serviços de saúde, especializados, hospitalares e de urgência, com capacidade de intervir na oferta de serviços, organizando esta oferta a partir da demanda e das necessidades e não o contrário, para promover maior acesso e resolutividade aos problemas de saúde. Além disso, deve estar vinculada a uma população politicamente atuante, consciente de suas necessidades e seus direitos, exercendo o controle social sobre a implementação de políticas sociais de qualidade. Da forma que está organizada, isolada, focalizada e com baixa resolutividade, tem tido pouca influência no reordenamento do mercado de bens e de serviços de saúde, comprometendo seu potencial para a inversão do modelo de atenção.

Santos (110) defende, ainda, a pactuação, com os conselhos, de indicadores de qualidade dos serviços, satisfação dos usuários, estabelecimento de metas e resultados de acordo com as necessidades da população e realidades regionais ou microrregionais no sentido de ampliar o controle social sobre a AB. A população deverá legitimar a partir de

quais necessidades e direitos serão organizadas as ações de saúde, como serão avaliadas e controladas socialmente, direcionando o sistema para seus propósitos constitucionais.

Portanto, pode-se afirmar que as principais condições determinantes para este "desvio de rota" na construção do SUS e do fortalecimento da AB no Brasil, foi o subfinanciamento federal, vinculado à desresponsabilização do Estado pelo financiamento integral e gestão das políticas sociais que, consequentemente, abriu espaço para o surgimento de uma relação "promíscua" entre os setores público e privado da saúde que admite, por exemplo, o não ressarcimento pelo setor privado de gastos efetuados com atendimentos no SUS de clientes de planos privados, contratação de planos privados para servidores públicos, dedução dos gastos privados com saúde do imposto de renda e isenção de contribuições sociais de entidades privadas com fins filantrópicos, sem mencionar a estratégia mais comum de "expulsar" os cidadãos dos serviços públicos pela qualidade questionável do atendimento (110). No próximo item, apontam-se as implicações deste contexto e da atual política de Atenção Básica para a força de trabalho.

2.3 A política nacional atenção básica e as implicações para a força de trabalho

Consolidar a Atenção Básica no SUS para assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção, exige financiamento adequado dos três entes federativos para expansão da cobertura e do acesso aos serviços de saúde para o atendimento das necessidades e direitos de saúde da população. A insuficiência de recursos com sobrecarga dos municípios, em relação aos custos da assistência, e os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, influenciaram a capacidade de contratação de pessoal pelos municípios para atuação na AB e, consequentemente, na distribuição destes profissionais e cobertura populacional dos serviços de AB.

Em 2009, as atividades de saúde responderam por 4,3 milhões de postos de trabalho no Brasil, representando 4,5% do total de postos de trabalho ocupados no país

(101). Na saúde, os empregos públicos foram o principal componente de gastos públicos para o funcionamento dos serviços no período entre 1980 e 2005 sendo ampliados em, aproximadamente, 2.000% (126).

O processo de descentralização com ênfase na municipalização também foi observado pela ampliação da participação municipal na contratação de profissionais de saúde. O Ministério da Saúde (129) reconhece que:

> Pode-se dizer que o SUS cresceu, estruturou-se e expandiu-se por meio dos municípios. Na década de oitenta, o total de empregos públicos de saúde era de ordem de 265.956 empregos, sendo que o setor público municipal representava 17,8% desse total. Já em 2002, estes números chegam a mais de 1 milhão de empregos, sendo que 66,3% são de responsabilidade municipal (129).

Os dados da distribuição de pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, entre os anos de 2002 e 2009, exemplifica esta situação (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição regional de pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, segundo a esfera administrativa e natureza jurídica dos estabelecimentos – Brasil, 2002-2009

	Público							
	Federal		Estadual		Municipal		Privado	
Região	2002	2009	2002	2009	2002	2009	2002	2009
Norte	1.853	3.249	8.050	15.561	9.876	19.490	10.289	17.305
Nordeste	6.316	6.949	24.787	36.523	56.760	101.324	64.905	91.601
Sudeste	13.855	21.403	46.627	58.208	124.664	182.560	196.489	305.536
Sul	7.154	6.072	5.158	5.918	36.598	57.324	68.560	98.132
Centro-oeste	2.822	4.576	8.052	11.037	13.269	22.649	23.662	38.923
Brasil	32.000	42.249	92.674	127.247	241.167	383.347	363.905	551.497

Fonte: IBGE, (37; 38).

No período entre 2002 a 2009, observou-se o aumento das contratações de profissionais de saúde de nível superior das três esferas administrativas do setor público,

em todo o Brasil, com exceção da esfera federal na região Sul, que apresentou uma redução de 1.082 profissionais (- 15%). Porém, este aumento foi mais pronunciado na esfera municipal (59%), seguido da esfera estadual (37%) e da esfera federal (32%). Expansão aproximada à da esfera municipal apresentou o número de profissionais de nível superior ocupados no setor privado (52%), com crescimento mais acentuado na região Sudeste: 55,5% (Tabela 6).

Na região Sudeste, a discrepância entre o aumento de profissionais ocupados na rede pública (41,6%) e na rede privada (55,5%), pode ser um indicativo da focalização da Atenção Básica nas áreas mais pobres do país, quando analisados estes dados em conjunto com a cobertura populacional da ESF por regiões do país (Figura 1).

A região Sudeste, entre os anos 2005 e 2006, apresentou a menor cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (32%), apesar de ser a região com maior taxa de profissionais médicos e enfermeiros por mil habitantes (2,31 e 0,73, respectivamente). Ao mesmo tempo, conforme apresentado na Tabela 6, o aumento de profissionais de saúde vinculados ao setor privado foi maior que o aumento destes profissionais no setor público, indicando o predomínio do setor privado e a inviabilização da expansão da cobertura da rede de Atenção Básica.

Nas regiões Norte e Nordeste, ao contrário, em que pesem as menores taxas de médicos e enfermeiros por mil habitantes, as coberturas populacionais da Estratégia Saúde da Família são mais altas, atingindo 62% da população na região Nordeste. Nesta região, o aumento dos vínculos profissionais no setor privado foi de 41,13%, enquanto no setor público foi de, aproximadamente, 65%, com destaque para a esfera municipal que teve uma expansão de 78,51% dos vínculos de profissionais de nível superior na saúde (Tabela 6).

Figura 1. Distribuição regional de médicos e enfermeiros por mil habitantes e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família – Brasil, 2005-2006.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (130).

Castro e Machado (125) indicaram que no período entre 1998 a 2006, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores valores *per capita* referentes às transferências federais de AB, a região Sul, Sudeste e Centro-oeste apresentaram os maiores valores *per capita* referentes às transferências federais para média e alta-complexidade que, como já foi apontado, está majoritariamente vinculada ao setor privado.

No Brasil, o primeiro nível de atenção no SUS foi enfatizado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96), a partir da qual o governo federal priorizou a implantação da Estratégia Saúde da Família como a principal proposta para reorganizar o modelo assistencial a partir de ações básicas. O incentivo à implantação desta estratégia

tem sido realizado a partir de repasses financeiros aos municípios que aderirem aos programas prioritários e cumprirem com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Nesta norma, os serviços básicos de saúde deveriam respeitar o princípio da integralidade da assistência e não apenas as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, indicando que a mudança do termo "primário" para "básico" tenha sido propositalmente realizada para demarcar uma crítica à proposta de APS seletiva.

Esta estratégia permaneceu como prioridade para a instância federal, mesmo com alterações na equipe de governo a partir de 2003. A atual Política Nacional de Atenção Básica (11) ainda considera a ESF como a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, apesar das críticas ao modo de condução desta estratégia desde o início da sua implantação (73).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a Atenção Básica como

> um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde […] desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território […] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência, e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. [...] Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (11).

Poder-se-ia deduzir que os municípios, assumindo a gestão da Atenção Básica e respeitando-se os princípios elencados na Portaria acima, poderiam optar por qualquer uma dentre várias formas de organizar a rede básica de saúde local. No entanto, várias críticas têm sido tecidas em relação à conduta impositiva do Ministério da Saúde para que a

estratégia saúde da família (ESF) seja a única opção para a organização desta rede, ainda que a realidade não tenha demonstrado êxito da mesma em muitos municípios brasileiros, sobretudo os de médio e grande porte (88).

As garantias exigidas dos municípios em relação à organização da rede de Atenção Básica, independente do projeto assumido, deveriam ser aquelas expressas na legislação que estabelece as normas e diretrizes para tal, e que atualmente estão sistematizadas na Portaria nº2.488 de 2011. Garantidas estas premissas, o gestor local em conjunto com os gestores da região e com a participação da população, deveriam ter autonomia para construir a rede de serviços de Atenção Básica que melhor responda aos problemas daquele território e não necessariamente, inscrever-se na ESF como a única opção para organizar esta rede. Ou ainda, uma vez adotada esta estratégia, ter autonomia e, sobretudo, condições financeiras para modificá-la quanto ao formato das equipes, estrutura física de unidades, modelo assistencial, entre outros, de acordo com a realidade local.

Essa ênfase na ESF se expressou, num primeiro momento, na definição de normas rígidas para organização das unidades e equipes de saúde da família, principalmente na composição da equipe, atrelando-se o repasse de recursos/incentivos a tais condicionalidades. Desta forma, produziu um engessamento que não contribuiu na promoção da autonomia e governabilidade para a formulação e implementação de políticas de Atenção Básica, equânimes e apropriadas ao amplo espectro de diversidades do país. Essa rigidez normativa e a ausência de práticas de indução por pactuações e apoio técnico, desconsiderando as trajetórias institucionais anteriores à proposta, encontrou empecilhos para tornar-se hegemônica na reorientação das práticas de saúde (105).

Mesmo considerando as evidências que apontam a efetividade da APS em diversos países e também no Brasil, onde os princípios da universalidade, integralidade, resolutividade, longitudinalidade entre outros são preconizados na legislação sanitária, alguns estudos realizados aqui têm alertado para a pouca visibilidade de sua potência para reorganizar e qualificar as práticas de saúde, pelo modo como tem sido implantada.

Nesta perspectiva, inserem-se as análises complementares de Rocha; Caccia-Bava (98) e Borges; Baptista (105), referentes à distância entre o proposto e o realizado:

> […] a verdade é que, onde foram feitas tentativas de implantar serviços de atenção básica baseados no PSF e PACS, não foi possível demonstrar – à população usuária e aos gestores responsáveis – a vantagem marginal do modelo PSF quando comparado aos sistemas tradicionais – ou houve ligeira vantagem, visível para os olhos técnicos e menos perceptível para os usuários – vantagem esta quanto à porta de entrada ao sistema e ao vínculo com o profissional, mas pouco aceita quanto à acessibilidade (98).

> Esse distanciamento entre o discurso e a implementação da política evidencia e fortalece a crítica de Cohn[28] ao fato de o MS oferecer a ESF como estratégia única e prioritária – a qual estão constrangidos a aderir milhares de municípios sem capacidade financeira e administrativa autônoma – como resposta a um vazio programático da questão assistencial (105)

Apesar disso, as autoras citadas indicam que há uma renovação da discussão sobre Atenção Básica, no Brasil, apontando a necessidade de fortalecimento deste nível numa perspectiva que não se limite ao modelo Saúde da Família, buscando a revalorização da concepção de AB, a partir do diálogo com o debate internacional (105). Os diálogos, do Brasil com outros países, têm promovido, inclusive, o retorno do termo "atenção primária" nas atuais Portarias, manuais e outras publicações do Ministério da Saúde, reavivado o debate sobre o termo mais adequado.

A heterogeneidade estrutural da formação social brasileira, do desenvolvimento econômico e social do país e das condições de vida da população indicam a necessidade de repensar o modelo rígido de estrutura da rede de atenção básica induzido pelo Ministério da Saúde (81). A forma mais adequada para efetivamente garantir a reorganização da rede como um todo, será aquela que considere a especificidade de cada região/município (entre as quais se inclui o processo histórico de constituição desta rede e suas particularidades próprias de organização), a relação público-privado, a oferta de serviços (próprios ou conveniados) de média e alta complexidade do SUS, bem como as condições do próprio espaço urbano, entre as quais se destacam os fluxos de transporte, as expectativas assistenciais e características médico-culturais da população, os vínculos pré-estabelecidos dos usuários com unidades e equipes do modelo tradicional e seus padrões prévios de

[28] As autoras estão se referindo ao artigo de Amélia Cohn, intitulado: *Os princípios do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado*, publicado nos Cadernos de Saúde Pública, 2008 24. (1):S23-S24.

acesso e consumo de serviços médicos (131). Em outras palavras, “reconhecer a institucionalidade de uma política significa considerar o protagonismo dos sujeitos, dotados sempre de direcionalidade política” (105).

Tão importante quanto assegurar que determinados princípios e diretrizes sejam cumpridos na organização de redes de AB locais e regionais, é garantir que determinadas características sejam combatidas com veemência nos diversos modelos que poderão ser desenvolvidos. Dentre as características a serem combatidas, destacam-se a utilização de pessoas da comunidade que se capacitam para prestar uma atenção elementar, de forma remunerada ou não; o estabelecimento da AB como um nível sem importância ou menos efetivo dentro do sistema; limitá-la à atenção aos profissionais médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, visto que não é unicamente responsabilidade do setor saúde; restringi-la a um programa específico ou à prestação de serviços por meio de pacotes básicos, que utilizam tecnologias que não incorporam os progressos da ciência; direcioná-la a populações economicamente desfavorecidas e que se estabelece como um nível independente, desarticulado dos outros serviços de saúde não devem caracterizar a atenção básica (132).

Este contexto de redefinição do papel do Estado e das políticas sociais, com impacto para a Política Nacional de Atenção Básica, foi percebido na cobertura seletiva destes serviços e, também, nas formas de contratação dos profissionais para atuarem na rede de AB, como exposto a seguir.

2.3.1 A política nacional de atenção básica e os vínculos de trabalho

Após a Segunda Guerra Mundial, o trabalho típico – assalariado, subordinado a um empregador, por tempo indeterminado, em tempo pleno, com proteção social trabalhista e previdenciária – tornou-se hegemônico nos países capitalistas ocidentais que implementaram o Estado de Bem-Estar Social como medida de conservação e reordenamento de seu processo de produção e acumulação de capital. As políticas sociais

implementadas protegeram, relativamente, esse tipo de trabalho da autorregulação do mercado, como defendiam os neoliberais (133).

Entretanto, a crise do sistema capitalista dos anos 1970, e mais tarde, nos anos 1990, possibilitou que as propostas neoliberais fossem consideradas como a saída para a crise. As medidas implementadas levaram à proliferação das situações de trabalho atípicas, incluindo o contrato assalariado não regulamentado, empregos por tempo determinado, trabalho em tempo parcial, subcontratação, diversas formas de trabalho associativo como o autônomo cooperado, trabalho associado em redes, informal, entre outros. O trabalho precário[29] implicou a redução de rendimentos e instabilidade nos postos de trabalho, acarretando insegurança, incerteza e imprevisibilidade, assumidas como "riscos" pelo trabalhador e não pelos empregadores ou pelo governo (133).

Como dimensão importante da precariedade das relações de trabalho está a falta de direitos individuais e direitos coletivos, em leis, para tornar possível a negociação de melhores condições de trabalho. Esta falta de representação da classe trabalhadora foi a condição primordial para construir a subjetividade do "novo trabalhador" na sociedade capitalista neoliberal.

No Brasil, as políticas neoliberais foram implementadas enfaticamente a partir da década de 1990, impulsionando a precarização do trabalho tanto no setor privado, como no público. Na administração pública, a ordem era "enxugar" a máquina pública, transferindo parte de suas responsabilidades ao setor privado (133).

Em 05 de maio de 2000, entrou em vigor no Brasil a Lei de Responsabilidade Fiscal que estabeleceu limites para os gastos de pessoal para as três esferas de governo e para cada um dos Poderes. Além disso, impôs o cumprimento de metas fiscais aos municípios e a suspensão de transferências e de concessão de empréstimos aos municípios que descumprirem tais metas. Esta lei teve grande impacto na política de AB, principalmente nos municípios, principais responsáveis pela contratação de pessoal deste nível da assistência, após a NOB-96.

[29] Girardi *et al.* (133) explicam que o termo "trabalho precário" tem sido utilizado como conceito contra-hegemônico para explicitar a crítica à perda de qualidade e ao padrão inferior das relações de trabalho em substituição aos termos "trabalho informal", "subemprego" e "trabalho flexível", aparentemente apenas modalidades diferentes, atualizadas, de inserção ao mundo do trabalho.

Estudos do Ministério da Saúde realizados entre 2001 e 2002, indicaram que entre 20% e 30% de todos os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família tinham vínculos precários de trabalho naquele período (129). Apesar dos dados coletados por Girardi *et al.* (133) indicarem a diminuição da prática de contratação do trabalho precário na ESF, para todas as ocupações, de 2001 a 2009, os contratos protegidos não se tornaram predominantes nesta estratégia. O trabalho precário ainda predominou nos contratos de médicos em 76,3% municípios, de enfermeiros em 57,7% dos municípios, e dentistas em 55,9% dos municípios. O predomínio de contratos protegidos foi observado apenas para contratos de Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos e Auxiliares de Saúde.

Girardi *et al.* (133) apontam para uma tendência à desprecarização do trabalho na ESF, para a diminuição dos contratos terceirizados, para o aumento dos salários para jornadas de trabalho nas equipes de saúde da família. Apesar dos avanços, o uso de formas precárias de contratação de trabalho nas ESF ainda representa um problema para a maioria dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. Mais de 70% dos municípios ainda praticam contratos temporários para contratação de médicos e cerca de 50% dos contratos com médicos são temporários. Ao mesmo tempo em que houve expansão dos municípios que utilizam vínculos estatutários, aumentou, também, no período de 2001 a 2009, o número de municípios que realizavam simultaneamente contratos precários e protegidos, na forma de contratos temporários regidos por legislação especial, postergando para o futuro a solução definitiva do problema. O equilíbrio entre a oferta de profissionais de saúde e demanda no campo de trabalho é uma das condições para a desprecarização do trabalho.

Conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, as equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, e outros profissionais de nível médio e básico, devem atender no máximo 18 mil habitantes, em Unidades Básicas de Saúde sem a Estratégia Saúde da Família e, no máximo 12 mil em Unidades de Saúde com a ESF implantada. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes; ou seja, cada Unidade de Saúde com a Estratégia Saúde da Família implantada poderá contar com, no máximo, três equipes de saúde da família (11).

De acordo com o censo demográfico, realizado em 2010 pelo IBGE, o Brasil possui 190.755.799 habitantes, distribuídos regionalmente, conforme se pode verificar na Tabela 7.

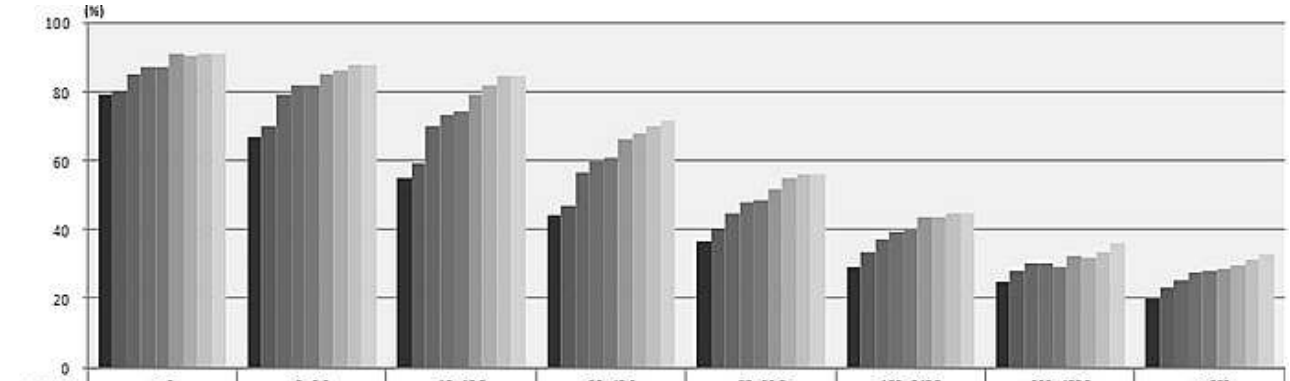
Tabela 7. População do Brasil segundo as grandes regiões, Brasil, 2010

Região	Nº de habitantes	Percentual (%)
Norte	15.864.454	8,3
Nordeste	53.081.950	27,8
Sudeste	80.364.410	42,1
Sul	27.386.891	14,4
Centro-oeste	14.058.094	7,4
Brasil (total)	190.755.799	100,0

Fonte: IBGE (104).

Considerando a necessidade de uma equipe composta por médico, enfermeiro e cirurgião-dentista para 4 mil habitantes, para uma cobertura de 100%, a rede de Atenção Básica deveria contar com, aproximadamente, 47.690 equipes de saúde da família e, portanto, igual número de enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, entre outros profissionais de acordo com a realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde.

Dados do Ministério da Saúde, até 2011, indicam que o Brasil contava com aproximadamente 32 mil equipes, porém, a cobertura era próxima de 50% da população, porque as equipes podem atender número variável entre 2 e 4 mil pessoas e, também, porque o nível de cobertura varia de acordo com o porte dos municípios, a região onde está implantada a estratégia saúde da família (rural ou urbana), a dispersão/concentração populacional de cada território.



1.000 hab.	<= 5	5 - 9,9	10 - 19,9	20 - 49,9	50 - 99,9	100 - 249,9	250 - 499,9	>= 500
2003	79,1	66,7	54,8	44,0	36,8	28,9	24,7	20,1
2004	80,3	69,9	59,5	46,8	40,5	33,2	28,3	23,0
2005	85,2	79,1	69,8	56,7	44,7	37,0	30,3	25,6
2006	87,6	81,8	73,5	59,9	47,7	39,5	30,1	27,4
2007	87,5	81,7	74,5	61,0	48,7	40,2	29,3	28,2
2008	90,9	84,9	79,0	66,2	51,9	43,6	32,6	28,6
2009	90,3	86,4	81,9	68,2	55,2	43,5	31,7	29,4
2010	90,8	88,0	84,6	70,0	56,0	44,9	33,6	31,1
08/2011	91,0	87,9	84,7	71,4	55,9	44,8	36,2	32,7

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Figura 2. Evolução do percentual de cobertura populacional das equipes de saúde da família distribuído por porte populacional dos municípios, Brasil – 2011.

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (130).

De acordo com a Figura 2, disponibilizada na página do Ministério da Saúde, a cobertura populacional tende a diminuir conforme aumenta o porte populacional do município. Em 2011, pode-se observar que, enquanto municípios com menos de 5 mil habitantes possuíam cobertura superior a 90%, os municípios com mais de 500 mil habitantes possuíam cobertura próxima de 32% da população.

Esses dados sugerem que um dos desafios da atual política de saúde, no sentido de consolidar a rede básica de saúde como o nível estruturante do sistema e ordenador das redes de atenção à saúde, seja a expansão da cobertura da ESF ou de outra modalidade de AB nos municípios com mais de 100 mil habitantes, cujas coberturas ainda estão abaixo de 45%. Estes municípios são caracterizados pela predominância de pessoas vivendo em áreas urbanas, conforme dados do censo demográfico de 2010, realizado pelo IBGE (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição da população brasileira segundo as grandes regiões e situação dos domicílios, Brasil, 2010

Regiões	População total	População urbana	População rural
Norte	15.864.454	11.664.509	4.199.945
Nordeste	53.081.950	38.821.246	14.260.704
Sudeste	80.364.410	74.696.178	5.668.232
Sul	27.386.891	23.260.896	4.125.995
Centro-oeste	14.058.094	12.482.963	1.575.131
Brasil	190.755.799	160.925.792	29.830.007

Fonte: IBGE (104).

Em todo o Brasil, a população rural representa, aproximadamente, 16% do total da população, sendo que nas regiões Norte e Nordeste esta população se aproxima de 27%. A região Sudeste possui a menor população em área rural (7,1%), portanto, seu maior desafio está na expansão da AB na área urbana (92,9%) (Tabela 8).

No entanto, iniciativas recentes do Ministério da Saúde, como a Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011 (134), priorizaram o incentivo à contratação de profissionais de saúde em áreas e regiões com carência e dificuldades para reter profissionais médicos e, consequentemente, contemplar equipes de saúde na rede de Atenção Básica, considerando indicadores como Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*; população sem cobertura de planos de saúde; percentual da população residente na área rural; percentual da população em extrema pobreza; percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; percentual de horas trabalhadas de médicos na área da Atenção Básica para cada mil habitantes; percentual de leitos para cada mil habitantes e indicador de rotatividade de profissionais (134). Estas medidas são importantes para ampliar o acesso de muitas pessoas aos serviços de saúde, mas de alcance limitado para a estruturação do primeiro nível enquanto ordenador do sistema, tendo em vista que, possivelmente, tratam-se de medidas ainda essencialmente focalizadas em regiões de pouca influência na dinâmica de organização das redes de média e alta complexidade e da relação entre o sistema público de saúde e o privado.

Em 2011, para fins de benefícios junto ao programa de Financiamento de Ensino Superior (FIES)[30], o Ministério da Saúde, definiu algumas especialidades médicas prioritárias para cursos de residência, dentre elas medicina de família e comunidade, medicina preventiva e social, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e pediatria, mais especificamente relacionadas à Atenção Básica, além de outras[31]. No entanto, esta medida não se aplica diretamente aos médicos formados em instituições públicas já que não utilizaram o Fundo de Financiamento ao Estudante de Ensino Superior (FIES). Com exceção da região sudeste, a maioria dos médicos brasileiros ainda é formada por instituições públicas, de acordo com dados da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Distribuição dos concluintes de medicina, segundo natureza jurídica das instituições de ensino superior (IES) e região do Brasil, 2008

Região	Percentual de concluintes segundo natureza jurídica das IES	
	Pública (%)	Privada (%)
Norte	74	26
Nordeste	81,7	18,3
Sudeste	37,5	62,5
Sul	68,6	31,4
Centro-oeste	57,7	42,3

Fonte: IMS/UERJ (135).

Estes dados foram apresentados para ilustrar que, aparentemente, o gestor federal vem apresentando intervenções no âmbito da Atenção Básica para priorizá-la no cenário das políticas de saúde voltadas à consolidação do SUS. No entanto, há indicativos de que estas medidas não surtirão o impacto necessário para efetivamente estruturar o sistema de saúde a partir do primeiro nível de atenção, uma vez que as mesmas não

[30] De acordo com a Lei Federal nº 10.260, de 12 de julho de 2001, o estudante contemplado pelo FIES que optar pelo trabalho em áreas e regiões carentes ou por especialidades médicas prioritárias terá abatimento do saldo devedor.

[31] Outras especialidades prioritárias: anestesiologia, oncologia (incluindo clínica, cirúrgica e pediátrica), radioterapia, psiquiatria, neurocirurgia, neurologia, cirurgia geral, geriatria, ortopedia e traumatologia, patologia, medicina intensiva que poderão ser revisadas de acordo com as necessidades do SUS, conforme a legislação indica (134).

impactam os interesses econômicos e políticos hegemônicos e antagônicos ao fortalecimento da Atenção Básica e do SUS, com universalidade e integralidade da assistência.

Ainda em relação à inserção dos profissionais médicos na Atenção Básica e nas equipes de Saúde da Família, em pesquisas realizadas para avaliar as diferenças entre as Unidades Básicas de Saúde tradicionais e as com ESF, uma das principais dificuldades encontradas foi a contratação de médicos para a composição das equipes. Entre outras razões, pela carga horária exigida para atuação atrai poucos profissionais para dedicarem-se exclusivamente ao PSF (136).

Em resposta a este problema, o Ministério da Saúde divulgou, em 25 de agosto de 2011, a Portaria nº 2.027 (137a) que, em outubro passou a constar da Portaria nº 2.488 (11), que dispõe sobre a carga horária das equipes de saúde da família e dos profissionais médicos que compõem estas equipes. Esta Portaria estabelece, como alternativas à jornada de 40 horas semanais, a possibilidade de inserção de dois a quatro médicos a uma equipe em uma mesma unidade de saúde, cumprindo individualmente carga horária de 20 ou 30 horas semanais, com repasses do incentivo financeiro diferenciados para cada modalidade. Esta medida gerou reações contraditórias entre profissionais e gestores, pois retrocede em uma das condições facilitadoras da construção de vínculos com a equipe e com a população a ser atendida, que era a permanência do profissional oito horas diárias no programa. Por outro lado, na prática, esta condição estava deixando equipes de saúde desfalcadas do profissional médico, sem o qual não há possibilidade de construção de vínculo algum. O próprio acesso a esse nível de atenção fica comprometido quando a equipe de saúde não dispõe de profissionais em quantidade adequada para seu atendimento (136).

O que deve ser questionado, no entanto, é: por que a carga horária do médico, para dedicar-se exclusivamente à Atenção Básica se constituiu em problema para esta categoria profissional especificamente? E, qual o impacto da medida de facultar o cumprimento desta carga horária afetará as causas determinantes deste problema? Alguns dos principais interesses econômicos do setor privado da saúde, aos quais se atrela parte da categoria médica, por exemplo, não foram afetados pela Portaria, ao contrário, abriu-se mais uma vez, a possibilidade de "convivência harmônica" entre os setores público e privado na saúde.

Segundo Santana, a pequena taxa de participação do PSF no mercado de trabalho médico do Brasil colabora para explicar a fragilidade do PSF para induzir mudanças na formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos. O próprio gestor público contribui para este fato, uma vez que as contratações para plantões em serviços de emergência e ambulatoriais compõem uma cesta de remuneração mais vantajosa do que se vincular em postos de trabalho na Atenção Básica (137b).

Este fato explicita a influência da lógica de mercado na definição de um modelo assistencial que ainda prioriza a atenção à demanda "espontânea" em atendimentos médico-hospitalares, estabelecendo uma concorrência entre os níveis hierárquicos no interior dos serviços públicos de saúde. Como desconsiderar esses interesses nos processos de planejamento da força de trabalho para o SUS? É possível propor arranjos que mantenham estes interesses ao lado dos interesses e das necessidades sociais e de saúde da maioria da população?

Relacionando os fatos apresentados anteriormente, aos dados publicados por Silveira *et al.* (138) que mencionam que secretários municipais, de 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, identificaram as UBS como as portas de entrada preferencial do SUS, entretanto, também citaram os serviços de urgência, de pronto atendimento, os ambulatórios de hospitais e de especialidades dos setores público e privado como porta de entrada do sistema de saúde, tem-se uma visão da concorrência entre os níveis de atenção do setor público e destes com o setor privado na atual organização do sistema de saúde brasileiro.

2.3.2 A participação de outros profissionais na política nacional de atenção básica

Para alcançar a integralidade da assistência, o SUS prevê o acesso a ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos à saúde e reabilitação mediante a organização de uma rede de atenção à saúde, organizada de forma hierarquizada, ou seja, de um nível menos complexo até o mais especializado. De acordo com o princípio organizativo da hierarquização do SUS, o acesso dos usuários aos serviços públicos de

saúde deve ocorrer, preferencialmente, a partir da Atenção Básica caracterizada pelo trabalho em equipe multiprofissional voltado a uma população em território delimitado, assumindo a responsabilidade de garantir a atenção universal, integral, com equidade, vínculo e participação social (11).

Atualmente, no Brasil, são reconhecidas e regulamentadas quatorze profissões de nível superior da área da saúde (assistentes sociais, biomédicos, biólogos, educadores físicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais), inclusive para fins de atuação dos Conselhos (139; 140). Na medida em que o mercado, propulsor do aumento da oferta de cursos de graduação na rede privada, não consegue absorver grande parte do contingente de profissionais formados, as categorias passam a reivindicar outros campos de atuação, e têm visto na Atenção Básica e nas equipes de saúde da família um espaço de atuação importante, haja vista a possibilidade de implantação de uma equipe para, no máximo 4 mil pessoas, conforme proposição do governo federal.

Vários estudos têm sido realizados sobre a necessidade da incorporação de outros profissionais de saúde na equipe multiprofissional (141; 142; 143; 144). A maioria deles parte do viés corporativo das categorias profissionais para defender a ideia da importância deste ou daquele profissional na Equipe de Saúde da Família ou na Unidade de Saúde tradicional. No entanto, Campos *et al.* (145) advertem que a simples aglomeração de diversos especialistas em uma equipe de saúde pode contribuir ainda mais para a fragmentação do cuidado, caso não invistam em formas integradas de atuação, em um planejamento abrangente nas regiões e na articulação da atenção básica com os outros níveis de atenção.

Considerando a forma como as profissões de saúde foram criadas no Brasil, Spink (146) indica que, de acordo com o contexto da própria formação social brasileira, a inexistência de barreiras jurídicas favoreceu a emergência de várias ocupações. Além disso, inúmeras profissões foram introduzidas e regulamentadas aqui no Brasil, "transplantadas" de escolas oriundas de outros países, antes mesmo da necessidade destas profissões serem sentidas no país. Frequentemente, a legislação que regulamentava as profissões de saúde precedia a própria constituição dos quadros profissionais.

A expansão de cursos de nível superior, promovida principalmente no setor privado[32], no caso do setor saúde, ocorreu de forma desarticulada entre os setores educacional e profissional, ocasionando um descompasso entre o contingente de formados e o campo de atuação. Em virtude disso, a distribuição de profissionais de saúde no Brasil, assim como no mundo, tem sido desigual, enquanto em algumas áreas há insuficiência de profissionais de saúde para o atendimento a população, em outras regiões, a concorrência entre os profissionais tem gerado conflitos entre as categorias pela disputa de espaço de atuação e a piora das condições de trabalho e salários (147).

No entanto, a formação e regulamentação de novos profissionais impõem a incorporação pela oferta e não pela necessidade. Enquanto, na década de 1950, a proporção de assalariados entre os profissionais do Estado de São Paulo era de 32,9%, em 1973 essa parcela era de 69,9% (146).

Em que pese a busca legítima destes profissionais por campo de trabalho na AB, é indispensável estabelecer uma relação entre a sua incorporação e as necessidades de saúde da população. Há duas análises necessárias: a de que, no capitalismo, o indivíduo é responsabilizado para "encontrar seu lugar ao sol" e vender sua força de trabalho no mercado, depois de formado, e a que remete à ausência do Estado na regulação do trabalho, desde a abertura de vagas para a formação, inclusive no setor privado, até a definição da oferta das vagas de trabalho, a partir das necessidades de saúde da população e da necessária consolidação do SUS.

A ideia de trabalho em equipe multiprofissional, no Brasil, se destacou a partir da década de 1970, período de extensão de cobertura dos serviços públicos de saúde, por meio da atenção primária e da ambulatorial, em hospitais privados financiados pelo setor público. Ainda que, até meados da década de 1980, a categoria médica predominasse numericamente dentre as demais, a incorporação de psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos no campo de trabalho em saúde vem apontando para novas possibilidades de composição das equipes a partir da década de 1990 (148). Essas mudanças na composição das equipes têm potencial para alterar processos de trabalho e as relações entre os profissionais, desde que acompanhadas de uma mudança estrutural no

[32] Ver dados do Observatório de recursos humanos – estação de trabalho IMS-UERJ. Disponíveis em: http://obsnetims.org.br/tendencia.asp?id=7 (135).

modelo de atenção e de gestão, pois, mantido o modelo hegemônico, o resultado mais provável será a fragmentação do processo de trabalho e, consequentemente, da atenção ao usuário.

No processo de delimitação desta pesquisa, buscando problematizar o tema do planejamento da força de trabalho em saúde na Atenção Básica, realizou-se um levantamento bibliográfico que buscou na produção científica divulgada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) textos que pudessem responder à questão: quais os argumentos que as categorias profissionais que não compõem a atual equipe mínima de saúde da família têm utilizado em defesa de sua inserção na Atenção Básica?

Este levantamento bibliográfico foi conduzido na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e foram incluídas todas as publicações, em todas as fontes indexadas no banco de dados sem limitação no período de tempo, obedecendo a dois critérios: ter no título uma das onze categorias profissionais e a redação em língua portuguesa, que abordariam a realidade do contexto brasileiro. As categorias médico(a), enfermeiro(a) e odontólogo(a) foram excluídas da revisão por já pertencerem à estratégia Saúde da Família e desta forma incluídas na equipe da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Os descritores utilizados foram os termos correspondentes às categorias profissionais da saúde como citados na Resolução 287, de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (por exemplo: fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo etc.) (140).

Inicialmente foram identificadas 418 publicações que, após leitura dos títulos e resumos e exclusão dos textos que não estavam relacionados aos propósitos do levantamento, reduziu-se para 28 o número de trabalhos considerados adequados. Foram encontrados trabalhos referentes às categorias profissionais dos(as) farmacêuticos(as) (três textos), fisioterapeutas (cinco textos), fonoaudiólogos(as) (três textos), nutricionistas (sete textos) e psicólogos(as) (dez textos). No entanto, um trabalho referente à categoria dos(as) nutricionistas não apresentava o resumo e, portanto, foi excluído pela impossibilidade de análise. Procedeu-se a leitura dos resumos[33] dos vinte e sete artigos selecionados para identificar os argumentos que tais categorias profissionais apresentaram para justificar sua inserção na Atenção Básica.

[33] Em razão da indisponibilidade de vários artigos, na íntegra, *on line*, procedeu-se a leitura dos resumos.

Neste estudo, chamou a atenção o fato de que, apesar da ESF ter sido proposta oficialmente pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, foi encontrado trabalho que sugeria a importância de outros profissionais na atenção primária desde 1986, indicando que o debate sobre o trabalho multidisciplinar na atenção primária já estava presente antes mesmo da criação do SUS, e que, portanto, não foi inaugurado com a ESF como comumente divulgado. Nenhum resumo analisado mencionou a proposta do apoio matricial como possibilidade de inserção dos profissionais especialistas na rede de atenção básica, talvez por insuficiente clareza sobre este arranjo, conforme identificou Dimenstein (149) em estudo que entrevistou técnicos de Unidades de Saúde da Família no município de Natal (Rio Grande do Norte).

A intenção inicial era verificar se os profissionais apresentavam em suas justificativas de inclusão nas equipes de AB alguns indicadores relacionados às necessidades de saúde da população e, que pudessem direcionar o planejamento da força de trabalho. No entanto, o que se observou é que o trabalho em equipe no setor saúde não se pauta apenas na percepção da necessidade do trabalho interdisciplinar para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e no entendimento da integralidade da assistência como direito do usuário. O debate sobre a composição das equipes também está frequentemente envolvido em conflitos e embates entre as categorias profissionais, na disputa por campos exclusivos para a prática profissional, na defesa de limites para o campo de trabalho.

A partir de 2008, o Ministério da Saúde propôs a incorporação de outros profissionais de saúde, além de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que pode atender a essa necessidade da composição de novos campos de saberes e práticas à rede básica de saúde (150). Esta proposta foi inspirada na ideia do apoio matricial, concebida por Campos (151) que pressupõe "um novo arranjo que estimule, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebrando obstáculos organizacionais à comunicação" (151).

Nesse sentido, Campos (151) recomenda:

> a adoção – como norma organizativa – de um novo **sistema de referência entre profissionais e usuários**. Cada serviço de saúde seria reorganizado por meio da composição de equipes básicas de referência, recortadas segundo o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos. De qualquer forma, estas equipes obedeceriam a uma composição multiprofissional, variável conforme o caso de se estar operando em atenção primária, hospital, especialidades etc. (151). (grifos nossos).

O apoio matricial consistiria no suporte ofertado por especialistas a um determinado número de equipes de referência e às populações sob responsabilidade destas equipes. Desta forma, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos estariam inseridos na atenção básica, não necessariamente um em cada equipe de saúde da família, por exemplo, mas contribuindo para ampliar a resolutividade das ações neste nível de assistência.

As equipes designadas para prestar apoio matricial ofertam serviços de referência que dão suporte tanto aos usuários, com demandas específicas, para as quais os componentes da equipe de referência esgotaram as possibilidades de resolução, como também aos próprios profissionais de saúde da equipe de referência, auxiliando na elaboração de projetos terapêuticos dos usuários acompanhados por ambas as equipes (de referência e de apoio matricial).

Desta forma, contribui para a incorporação de conhecimentos e habilidades no manejo dos problemas específicos naquele território, objetivando superar a ideia de "encaminhamento" no sistema de "referência/contra-referência", a partir do qual o usuário perdia o contato/vínculo com a equipe que iniciou o atendimento, e a equipe também deixava de responsabilizar pelos resultados do trabalho. Propõe a reorganização das ações de saúde e amplia a resolutividade numa perspectiva integral da assistência, porque os profissionais das equipes de referência podem lançar mão de saberes e práticas especializadas, a partir das equipes de apoio matricial, sem que o usuário deixe de estar vinculado à equipe de referência (47).

A preocupação em delimitar os campos de práticas de cada profissão de saúde e seus espaços dentro do mercado de trabalho tem sido um problema para o campo do

planejamento de recursos humanos, especialmente se pensarmos as práticas de saúde na APS. Relegada às próprias categorias profissionais buscarem soluções, a regulamentação profissional tem gerado grandes conflitos e, o mais importante, a consolidação do SUS tem se configurado como um mero argumento tecnocrático utilizado pelas categorias para justificar a sua importância no sistema.

Girardi (152) aponta que, além do crescimento quantitativo de novas profissões de saúde, têm se ampliado as disputas no campo do judiciário para legitimar o exercício profissional das novas e das antigas categorias, caracterizando mais uma face do processo de judicialização das políticas sociais. Estas disputas têm se dado em torno dos chamados "atos privativos ou exclusivos" que cada categoria pretende para si, além daquelas que buscam o reconhecimento legal da profissão. Ou seja, com o aumento da concorrência interprofissional, as categorias têm se mobilizado para delimitar seus campos de atuação a partir da monopolização de alguns campos de práticas, exemplos disso têm sido as propostas de "ato médico" e do "ato de enfermagem".

Inserido na lógica da mercantilização, o atual processo de regulamentação das profissões de saúde no Brasil tem se pautado na criação de "direitos de propriedade", que acabam por criar reservas de mercado, considerando os interesses corporativos das categorias profissionais, em detrimento do benefício público. Em outros termos, esta "defesa corporativa" em muitos momentos tem se colocado acima dos interesses públicos, representados pela necessidade de consolidação dos princípios do SUS na prática dos serviços de saúde. Além disso, estas delimitações de campos de práticas também têm contribuído para dificultar a adoção de estratégias de ação coletiva e de cooperação interprofissional, obstaculizando práticas multidisciplinares e o reconhecimento mútuo de competências (152).

Novas propostas de regulamentação das profissões de saúde têm sido apresentadas por países que também passaram por contextos de reformas nos sistemas de saúde, como o Canadá, alguns países europeus e os Estados Unidos, desde a década de 1970. Apesar das suas especificidades, estas novas experiências trazem de comum a revisão do marco legal de regulamentação profissional, a revisão das estruturas institucionais da regulação profissional (os conselhos profissionais) e a revisão dos escopos de prática ou campos de prática legalmente atribuídos às profissões. Em relação a este último tema, alguns conceitos

novos têm sido introduzidos na discussão, com destaque para os "atos reservados, controlados ou autorizados" e os "atos delegados e supervisionados" (152).

De acordo com estas novas propostas, seriam considerados "atos controlados, autorizados ou reservados" as tarefas, serviços e procedimentos que envolvem grau significativo de risco ou dano ao paciente, sendo restritos apenas aos membros das profissões autorizadas, mas não constituem exclusividade ou monopólio de uma profissão isolada. Para avaliar o risco destas atividades, são consideradas a probabilidade de sua ocorrência, o significado de suas consequências para as vítimas individuais e o número de pessoas realmente ameaçadas (152).

Os "atos delegados e supervisionados" supõem a delegação de tarefas que possam ser realizadas por outros profissionais e pessoal auxiliar sem a presença do profissional que a delegou, e o ato supervisionado pode exigir a presença física do supervisor, acompanhado de instruções escritas, como protocolos ou instruções específicas. Tem sido crescente, nesses casos, a exigência de certificação profissional oficialmente reconhecida (152).

Existem lacunas teóricas sobre quais parâmetros devem ser considerados no planejamento das equipes de saúde da rede básica. Estudos realizados no âmbito hospitalar para dimensionar a equipe de saúde ou de enfermagem, geralmente, partem de sistemas de classificação do grau de dependência do indivíduo internado em relação à equipe profissional, estabelecendo o tempo despendido nos cuidados direto e indireto, prevendo a necessidade de pessoal para a atenção resolutiva e com qualidade (153). Porém, no âmbito da atenção básica, ainda é necessário desvendar um caminho para determinar o “grau de dependência” ou para definir coletivamente as necessidades a serem assistidas, segundo os princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, humanização e participação social.

A identificação das necessidades de uma população por serviços de saúde da equipe de Atenção Básica, esteja ela inserida na ESF ou não, pode estar, por exemplo, refletida na sobrecarga de trabalho desta equipe. Facchini *et al.* (154) ao avaliarem o desempenho da atenção básica à saúde nas regiões nordeste e sul do país, indicaram que a sobrecarga de trabalho das equipes de saúde nos municípios pesquisados, aliada às

condições de infraestrutura e vínculos precários de trabalho têm dificultado a equipe no desenvolvimento de atividades de planejamento do processo de trabalho.

Em uma busca nas páginas oficiais (*on line*) das vinte e uma estações de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde[34] de pesquisas que tratassem do tema do planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil, observou-se um aumento no número de pesquisas que tratam da força de trabalho na Atenção Básica, especialmente a ESF. Estas pesquisas enfocam aspectos do perfil profissional de médicos, enfermeiros(as) e outros, a distribuição urbano/rural e fixação destes profissionais nas equipes, a rotatividade e vínculos de trabalho e, ainda, o processo de trabalho das equipes de saúde.

Especificamente sobre o planejamento da força de trabalho na atenção básica foram encontrados dois estudos. Entre os anos de 2008 e 2010, pesquisadores do Centro Colaborador e da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde realizaram uma pesquisa intitulada *Metodologia para dimensionamento de pessoal para os serviços de saúde no Brasil,* com o objetivo de analisar as metodologias disponíveis para o dimensionamento de pessoal e aplicar a metodologia de Indicador de Carga de Trabalho para necessidades de pessoal (ICT),[35] compreender a racionalidade do método e analisar a possibilidade de sua utilização nos serviços de saúde. A pesquisa apresentou o resultado de um estudo piloto que mediu o tempo de trabalho gasto com as principais atividades desenvolvidas por médicos e ACS em unidades de saúde da família de Juiz de Fora (MG), a UBS Furtado de Menezes.

---

[34] A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e atualmente congrega 21 países da Região das Américas com a função de monitorar tendências que repercutem nas políticas de recursos humanos em saúde nos respectivos países. A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (ObservaRH) é uma iniciativa patrocinada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e compõe o projeto de âmbito continental da OPAS para os países da Região das Américas. No Brasil a Rede ObservaRH está constituída desde 1999, sob a coordenação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Seu propósito é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos.

[35] De acordo com o relatório desta pesquisa, disponível em: http://obsnetims.org.br/ver_pesquisa.asp?id=69, "os ICTs permitem melhorar a alocação e distribuição do pessoal existente de acordo com o volume dos serviços prestados e com as categorias de pessoal previstas para a prestação desses serviços, bem como melhorar a composição em termos de equipes em diferentes unidades de saúde".

A segunda pesquisa, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da UFMG, realizada entre os anos de 2009 a 2011, intitulada *Planejamento de força de trabalho em atenção primária a partir de necessidades da comunidade – projeto Consortium*, teve como objetivo simular cenários e políticas para garantir uma força de trabalho em saúde adequada à atenção básica, gerando evidências para que esses profissionais respondam às necessidades da população em diferentes contextos. Este estudo utilizou dados referentes à categoria médica do estado de Minas Gerais, devido ao acesso a fontes de dados e disponibilizou um modelo de simulação que pode ser reproduzido e adaptado por outras instituições, ainda não publicada.

Estudos que apontem nesta direção poderão contribuir para a política de gestão do trabalho e da educação em saúde, especialmente voltada ao primeiro nível de atenção à saúde, como também poderão auxiliar na reflexão sobre a necessidade de formação dos futuros trabalhadores da saúde, oferecendo embasamento para a discussão da real demanda existente, bem como de sua atuação frente aos problemas vivenciados pela população.

No próximo capítulo apresenta-se o percurso das propostas de planejamento da força de trabalho em saúde, no período de 1970 aos dias atuais, e como as políticas de saúde voltadas aos trabalhadores da saúde influenciaram este processo de planejamento.

3 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo são apresentados aspectos da trajetória histórica das políticas voltadas à gestão do trabalho, que inclui o planejamento da força de trabalho, a partir do período que envolve a proposição e institucionalização do SUS no Brasil. Delimitou-se o período dos anos de 1970 até os dias atuais, considerando-se que o atual planejamento da força de trabalho para a AB, tema central desta pesquisa, está diretamente vinculado ao contexto mais abrangente de construção do SUS desde o seu início.

Na apresentação do histórico, são abordados os contextos que embasam os conceitos "recursos humanos em saúde" e "força de trabalho em saúde", termos que se distinguem em razão do conteúdo político que expressam.

Também são apresentados os principais enfoques metodológicos propostos, em sua maioria, pelos países desenvolvidos, por meio de agências internacionais, neste caso a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para posterior análise quanto aos impactos para viabilizar as mudanças necessárias no planejamento da força de trabalho que possibilite a atenção básica superar o atual estágio de política focalizada e de baixa resolutividade.

A OPAS tem influenciado os processos de planejamento em saúde e de recursos humanos nos países americanos. Nas décadas de 1960 e 1970, estudos foram realizados nesses países para estabelecer critérios básicos para planejar a dinâmica de pessoal. Porém, mesmo nesse período em que se destacava o planejamento de políticas nacionais em muitos países latino-americanos, o planejamento de recursos humanos na saúde não foi significativo (155).

3.1 A década de 1970: planejamento autoritário com enfoque normativo em um Estado administrador-interventor

É observado, por alguns autores, um maior entusiasmo com a ideia do planejamento nos anos 50 e 60 do século XX, em virtude da ascensão das ideias desenvolvimentistas associadas à expansão das funções do Estado na defesa e na economia, especialmente nos países da América Latina. O planejamento era considerado o meio para inserir os países latino-americanos no sistema mundial, superando os problemas típicos dos países capitalistas periféricos. Ao final da década de 1970, o fortalecimento das ideias neoliberais e as críticas ao Estado interventor geram uma crise no planejamento centralizado. Esses momentos vividos pelo planejamento na América Latina, também foram experimentados pelo Brasil com reflexos nas políticas de saúde (156).

Resgatar brevemente o contexto histórico em que se desenvolveu a proposta de planejamento de recursos humanos em saúde no Brasil e na América Latina é resgatar, também, um pouco da história da cooperação técnica entre a OPAS e o Brasil. Tanto em relação ao tema do planejamento em saúde quanto ao tema da força de trabalho, muito do pensamento brasileiro e deste campo de práticas sociais e de políticas públicas que se construiu ao longo das últimas quatro décadas esteve assentado nos estudos, recomendações e eventos realizados por este organismo internacional em conjunto com os países membros (157).

Considerando-se a história da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a década de 1970 representa o momento de início e desenvolvimento do movimento sanitário que propôs profundas reformas no modo de organizar e prestar a assistência à saúde à população brasileira. O contexto social é marcado pelo autoritarismo do regime militar, pela elaboração de planos nacionais de desenvolvimento centralizados (1972 e 1974), tentativa de implantação de um Sistema Nacional de Saúde e a ampliação da cobertura da atenção médica. Nesse sentido, planejar recursos humanos para a saúde no Brasil significava dispor de profissionais de saúde adequados para estender os serviços de saúde a uma população antes não assistida. Outros elementos influenciaram a compreensão e prática do planejamento da força de trabalho em saúde, no Brasil, neste período.

Em 1973, realizou-se na cidade de Ottawa, Canadá, a *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud*, com o objetivo de trocar e sistematizar experiências neste campo, tendo em vista a incipiente fase do desenvolvimento de planejamento de recursos humanos na maioria dos países americanos. Neste evento, alguns dos problemas levantados e relacionados com o planejamento de recursos humanos foram: a centralidade no profissional médico e um desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais, a concentração de pessoal em centros urbanos, a tendência à formação especializada, centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas e desvinculada dos problemas dos serviços de saúde. A expressão propagada na referida Conferência resumia a inquietação dos participantes: "É necessário formar os recursos humanos que os países necessitam". Ainda nesta ocasião, lembrou-se do Plano Decenal de Saúde para as Américas que, naquele momento, recomendava o desenvolvimento em cada país de um processo de planejamento de recursos humanos integrado ao planejamento de saúde como um dos meios para o alcance de objetivos propostos (158).

De acordo com Quintana *et al.* (155), o planejamento de recursos humanos foi uma atividade importante na maioria dos Ministérios de Saúde dos países americanos e uma linha de cooperação também importante da OPAS/OMS desde os anos 60 até início dos anos 80 do século XX. Naquele período, o debate se polarizava entre as propostas de planejamento normativo e o estratégico. Porém, esta prioridade do planejamento nas organizações perdeu força até quase desaparecer e, apesar da ausência do planejamento de recursos humanos na década de 1990, atualmente observa-se na América Latina uma tentativa de mudança, na medida em que questões relacionadas aos recursos humanos têm exigido mais atenção nas agendas políticas.

Na década de 1970, os participantes da Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde recomendaram aos países que os programas nacionais de planejamento de recursos humanos em saúde a) estivessem integrados aos planos nacionais de saúde; b) desencadeassem esforços para elaborar planos de longo prazo, e não apenas a médios e curtos prazos; c) estabelecessem unidades de recursos humanos nos ministérios de saúde; d) nos países que tinham o setor saúde subdividido em setor publico e privado, que o setor público liderasse a tomada de decisões, inclusive no campo de recursos humanos. Propuseram, também, a articulação dos setores de educação e

saúde, com participação da comunidade, a organização de sistemas de informação sobre recursos humanos e aperfeiçoamento de sistemas de informações existentes para obter dados adicionais sobre as necessidades de saúde e de atenção não cobertas (158).

Nesta Conferência também foram discutidos aspectos relacionados à metodologia de planejamento de recursos humanos em saúde, que deveriam considerar as mudanças nos sistemas de saúde e as funções dos profissionais de saúde existentes, assim como a adequação dos métodos aos prazos. Assinalam que planejar a força de trabalho baseando-se nas necessidades de saúde pode ser mais apropriado para planos em longo prazo, mas em médio e curto prazo pode ser mais adequado basear o plano nas metas dos serviços (158).

Quanto aos programas de recursos humanos, as recomendações desta Conferência foram o desenvolvimento de novos tipos e níveis de formação de pessoal ou novas funções dentro das ocupações existentes para uma atenção mais eficaz das necessidades de saúde. Recomendou-se, ainda, que parte do conhecimento e da responsabilidade, considerados exclusivos dos trabalhadores de saúde, fossem transferidos para a comunidade e que a ampliação da cobertura dos serviços em áreas rurais fosse feita por meio de serviços mínimos de atenção à saúde, mediante a delegação de funções a pessoal auxiliar e voluntários da comunidade e, na medida em que as experiências com pessoal "subprofissional" tivessem demonstrado efetividade nas áreas rurais, que fossem estendidos a todo sistema de saúde (158).

A conferência incentivou ainda, a formação de profissionais capacitados para o planejamento de recursos humanos na área de saúde e as investigações e estudos que abordassem aspectos metodológicos de planejamento de recursos humanos e técnicas de administração aplicadas ao desenvolvimento de recursos humanos, assim como aspectos políticos, causas e possíveis soluções para o problema da má distribuição e migração internacional dos recursos humanos na saúde (158).

Em um texto de apoio às discussões desta Conferência, Jorge Andrade, então chefe da oficina de desenvolvimento de recursos humanos do Ministério de Saúde e Assistência Social da Venezuela, recuperou um pouco da recente história do planejamento de recursos humanos em saúde na América Latina. Relatou que, a partir da década de 1950, a OPAS passou a disponibilizar informes sobre as condições de saúde nas Américas que

continham, naqueles anos, listas bastante incompletas do pessoal empregado nos serviços de saúde pública na região. No entanto, já se ponderava a importância de tais dados para o planejamento de saúde, pois, conhecendo os recursos disponíveis seria possível desenvolver meios de formação de novos profissionais para suprir às necessidades da ampliação desejável dos programas de saúde pública (158).

No início da década de 1960, havia a preocupação a respeito da formação dos médicos, expressa na organização de oficinas para tratar do tema e a partir destas, a realização de estudos em vários países da América Latina como Colômbia, Peru, Chile e Argentina. Além dos estudos acerca dos recursos humanos de saúde, o planejamento no setor saúde também passava a ganhar destaque. Tanto que em 1965, em solicitação da OPAS e com sua colaboração, o Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela publicou o texto intitulado *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud* que, mais tarde, foi chamado método CENDES-OPAS e embasou o processo de planejamento em saúde na América Latina (158).

Na década de 1960, o método CENDES-OPAS, elaborado a partir da prática do planejamento na área econômica, foi o grande instigador da implantação de processos de planejamento na área de saúde na América Latina (159).

Apesar dos debates terem se iniciado nos anos 1950, nenhum país, até a década de 1970, havia colocado em prática os planos ou estudos realizados sobre a força de trabalho em saúde. Este fato levou os ministros de saúde do continente a recomendarem, no Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972, a integração dos processos de planejamento de recursos humanos ao planejamento geral de saúde. A *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud*, em 1973, constituiu em um espaço de discussão deste tema (158).

Os problemas levantados por Jorge Andrade, em seu texto-base para aquela Conferência, assinalavam a falta de integração das discussões sobre recursos humanos ao contexto geral do planejamento da saúde, assim como uma dissociação entre o planejamento das áreas de saúde e da educação no que tange à formação dos profissionais de saúde, indução das especializações de acordo com as necessidades do setor saúde, perfil de formação, entre outros; enfoque por grupos profissionais isolados sem conceber o trabalho em equipe; inadequada informação sobre oferta de profissionais, sendo este

problema apontado como prioritário para se avançar no desenvolvimento das atividades de planejamento da força de trabalho em saúde. A inadequada organização do setor saúde, com grande variedade de normas e procedimentos que dificultam, também, a necessidade de adequada coleta, processamento e interpretação dos dados sobre recursos humanos; as condições da seleção de carreira, centradas principalmente nos cursos de medicina; a existência de pessoal sem formação; a resistência à transferência e redefinições de funções das profissões tradicionais; indefinição de políticas, a rejeição dos aspectos socioculturais e a ausência de unidades responsáveis pelo planejamento de recursos humanos para a saúde também foram indicados como importantes problemas relativos à atividade em discussão (158).

A permanência de muitos dos problemas identificados há quatro décadas pode indicar a complexidade que caracteriza o campo do planejamento de recursos humanos para a saúde. Dentre as perspectivas levantadas naquele momento, estava o aumento de unidades de recursos humanos nos Ministérios de Saúde dos países latino-americanos que levariam adiante a tarefa de planejar recursos humanos, pela promoção da organização de sistemas adequados de informação; do estímulo à incorporação do planejamento de recursos humanos ao planejamento geral de saúde; da correlação entre os processos de planejamento e a tomada de decisões nos setores da saúde, da educação e desenvolvimento econômico; do enfoque global dos recursos humanos para a saúde como substitutivo do enfoque isolado por profissões e ocupações; do estímulo e execução direta de estudos especiais e da contribuição à classificação ideológica e explicitação das políticas envolvidas com este tema (158).

Os grupos de trabalho desta Conferência debateram temas relacionados com a disponibilidade de pessoal de saúde; distribuição e utilização de pessoal; novas ocupações em saúde; necessidades de pessoal de saúde; processo de planejamento de recursos humanos; técnicas analíticas e sistemas de informação. Muitas das recomendações sugeridas nesta Conferência ainda enfrentam dificuldades para concretização, como a construção de sistemas de informações sobre os recursos humanos, a organização de comissões interinstitucionais que estabeleçam comunicação entre as instituições de serviços de saúde e as instituições formadoras de profissionais de saúde, entre outras.

Também é da década de 1970, o conceito formulado por Hall e Mejía (160) sobre o planejamento de recursos humanos em saúde, ainda descrito em vários artigos na atualidade como:

> O processo pelo qual se determinam o número de pessoas e o tipo de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o alcance das metas de saúde projetadas e, em última instância, os objetivos de saúde. Este planejamento implica, também, a determinação de quem fará o quê, quando, onde, como, com quais recursos e para quais grupos da população de modo que se disponha de pessoal com os conhecimentos e competência necessários para obter o rendimento adequado às políticas e nos prazos previstos. Este planejamento deve ser um processo contínuo e requer vigilância e avaliação permanentes (160).

O conceito de recursos humanos de saúde era utilizado, naquele momento, como sinônimo de pessoal de saúde, podendo definir-se, também, em termos mais amplos. Os autores mencionam que o termo "recursos humanos" abarca os conhecimentos teóricos e práticos e as atitudes disponíveis, presentes ou potenciais, para o desenvolvimento econômico e social de uma coletividade, enquanto o termo pessoal aplica-se exclusivamente às pessoas que receberam ou estão recebendo o ensino e a formação necessárias para uma ocupação concreta (160).

Alguns países já experimentavam o processo de planejamento de recursos humanos para a saúde desde meados da década de 1950, como foi o caso da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e de outros países socialistas naquele momento. Apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) discutir com seus países membros temas relacionados com os recursos humanos em saúde, desde 1948, ofertando dados estatísticos e indicadores de saúde como mortalidade, morbidade, formação de pessoal e normas para planejamento, na América Latina estas experiências só tomaram consistência e ganharam popularidade a partir dos anos 1970, com a participação da OPAS (160).

No entanto, os enfoques e objetivos dos processos de planejamento dos recursos humanos em saúde desenvolvidos em regimes econômicos, políticos e sociais distintos como nos países socialistas, a exemplo da URSS, e nos países capitalistas da América Latina eram também distintos. Ao tempo em que nos países socialistas está em

jogo uma distribuição mais equitativa destes recursos para suprir as necessidades de saúde da população, no capitalismo, que leva a mercantilização às últimas consequências, os recursos públicos quando melhor distribuídos são para alcançar maior eficiência, considerando, em última instância, a relação custo-benefício.

Na década de 1970, vários documentos foram publicados pela OMS e OPAS, para instrumentalizar os países membros a planejarem os recursos humanos em saúde. Naquele período já havia a constatação de que, apesar de todos os dados e informações e até experiências de planejamento dos recursos humanos em saúde, ainda eram escassos os resultados destes na formulação e execução de políticas (160).

A OMS, atendendo à recomendação da 29ª Assembleia Mundial de Saúde (1976), publicou o documento intitulado *Planificación del Personal de Salud: principios, métodos, problemas* em 1978, no qual reuniu e analisou informações sobre os diversos aspectos do planejamento de pessoal de saúde como parte integrante do planejamento geral da saúde no contexto de desenvolvimento socioeconômico, manifestando as dificuldades mais frequentes e descrevendo o processo de planejamento e as técnicas, daquele período.

No documento citado, a OMS considerou que a adoção de um critério racional de planejamento de pessoal de saúde seria capaz de evitar problemas como a ampliação do sistema hospitalar subutilizado por falta de profissionais, a migração de profissionais de saúde de um país a outro em busca de melhores empregos, a falta de empregos para profissionais de saúde cujos cursos de graduação foram criados também sem uma perspectiva de sua utilização no sistema de saúde, os desequilíbrios na distribuição de profissionais entre as diversas regiões, a carência absoluta de profissionais e, por consequência, de serviços de saúde em determinadas localidades e o excesso em outras (160).

Neste período, a OMS admitia ser possível eliminar os conflitos de interesses a partir de uma "firme decisão" e que o setor saúde seria um dos poucos setores em que todo mundo estava do mesmo lado: contra a doença. Portanto, muitos dos problemas indicados naquele período foram vinculados à ausência de um planejamento bem elaborado ou à má execução dos planos que eram elaborados (160).

Atualmente, várias análises têm sido realizadas indicando que a complexidade do campo dos recursos humanos deve ser considerada no processo de planejamento,

observando não apenas a dimensão da educação, que conforma a oferta de profissionais, mas também a dimensão do trabalho, que estabelece a demanda. Parte desta complexidade deve-se à própria participação dos diversos sujeitos envolvidos, como sindicatos, corporações profissionais, instituições de ensino e organizações de saúde, além de questões que extrapolam o setor saúde, como as econômicas e políticas (155).

Nas décadas de 60 e 80 do século XX, a produção de serviços estava reduzida à contribuição da categoria médica e a uma maior disponibilidade destes profissionais, o que implicava a necessidade de conhecer sua disponibilidade e as necessidades futuras para alcançar uma meta padronizada internacionalmente e o ritmo da formação pelas escolas médicas. Confiava-se nas possibilidades de um plano tecnicamente fundamentado, desconsiderando a realidade política que frequentemente negava muitos dos pressupostos do plano. Apesar de previstas no modelo, as variáveis econômicas eram ignoradas na prática. O planejamento era, na ideologia desenvolvimentista daquele período, um dos campos essenciais para a intervenção estatal (155).

Quanto à questão metodológica do planejamento de recursos humanos em saúde, são mencionados problemas como a ideia de que o futuro era passível de previsões por meio da extrapolação dos recursos do presente; a confiança nos critérios de qualidade técnica do plano como condições necessárias e suficientes para torná-lo factível; a maneira isolada dos demais setores da gestão dos serviços de saúde, geralmente realizada depois de finalizado o planejamento dos serviços; e a utilização a-crítica de indicadores padronizados internacionalmente (155).

Na década de 1970, acreditava-se no planejamento como a base racional para a tomada de decisões, observando questões econômicas, principalmente, indicando que quando as aspirações eram maiores que os recursos disponíveis, escolher de maneira inteligente e produtiva, dependia de uma avaliação cuidadosa das opções. O processo de planejamento compreendia a identificação e a análise dos problemas; a determinação das possíveis opções; a seleção da solução adequada; a determinação dos métodos técnicos que seriam utilizados e a definição dos objetivos do programa e das atividades a serem realizadas (160).

Dentre as fases do processo de planejamento, o documento publicado pela OMS, em 1978, indica seis etapas. Na primeira, era necessário identificar as motivações

para o planejamento, os setores críticos e solicitar colaboração de setores ou grupos. A segunda etapa era o momento de planejar o próprio processo do planejamento, de realizar uma pesquisa preliminar sobre o contexto, as prioridades e limitações, os dados disponíveis, desenvolver um plano de estudo e a participação de organismos e instituições pertinentes. A coleta e análise dos dados, preparação de questionários, preparo de projeções, revisão de prioridades e do plano de estudo era realizada na terceira etapa. A formulação e comunicação da política e do plano, assim como o exame das opções, análise do custo-benefício, discussão com os responsáveis por formular políticas e outros interessados, estava reservada para a quarta etapa. Para a quinta etapa estava prevista a execução do plano, por meio da formulação de programas e projetos e planejamento da gestão das atividades pensadas. Na sexta etapa estava prevista a avaliação da eficácia e qualidade dos resultados (160).

A OMS sugeria que o processo de planejamento de recursos humanos em saúde deveria fundamentar-se em dados estatísticos, contando inclusive com a ajuda de estatísticos para a coleta e análise destes dados. Porém, naquele período muitos países não contavam com um banco de dados adequado para prover o processo de planejamento. Assim sendo, um grupo científico da OMS recomendou que fosse facilitada aos planejadores de pessoal uma lista detalhada das informações necessárias (160).

Os dados sugeridos para coleta e análise eram:

> Dados demográficos – população atual e projeções demográficas por idade e sexo; densidade populacional e distribuição dos habitantes; migrações; expectativa de vida; taxas de natalidade e mortalidade (situação atual e projeções).
> Informações de caráter econômico – estruturas e tendências dos orçamentos nacionais para saúde e recursos humanos, rendas e custos; custos por prestação de serviços de saúde e para manutenção das diferentes categorias profissionais; estimação do custo-benefício de determinados programas de saúde; taxas de emprego e distribuição de pessoal entre os diferentes grupos profissionais; beneficiários de seguro-saúde.
> Estado de saúde e necessidades sanitárias – principais causas de mortalidade e morbidade por idade, sexo e distribuição geográfica; como as principais causas de óbito e adoecimento determinam uma demanda de assistência sanitária e de cuidados aos inválidos; fatores ambientais, nutricionais, culturais etc. que influenciam no estado de saúde.
> Utilização dos serviços de saúde pela população – serviços de saúde utilizados (ou demanda "atendida") por número, tipos, qualidade e efeitos;

> características dos usuários dos serviços, incluindo seus conhecimentos e atitudes acerca da utilização dos serviços e do sistema de saúde; volume aproximado dos serviços desejados (ou necessários) que não são obtidos, segundo o tipo de serviço; características das pessoas que necessitam serviços (demanda reprimida); motivos da não obtenção dos serviços desejados (ou necessários).
> Oferta de pessoal de saúde – dados, por categoria de profissional, sobre o número, a atividade, o sexo, a idade e o ano de obtenção do diploma, a prática profissional, o lugar de residência e as especializações.
> Sistema de saúde e utilização do pessoal de saúde – dados sobre o número, o tamanho, as características e a distribuição das instalações sanitárias, sobre seu sistema de dotação de pessoal compreendendo as vagas de empregos e sobre suas inter-relações funcionais; dados sobre os diversos aspectos da produtividade do pessoal de saúde, suas funções em diferentes meios e condições institucionais, orgânicas e jurídicas das instituições que oferecem campo de trabalho.
> Formação do pessoal de saúde – quantidade e qualidade dos candidatos; matrícula por ano de estudo; objetivos e orientação do estabelecimento; duração dos estudos; número e qualificação dos docentes; capacidade efetiva e potencial dos estabelecimentos de formação; número de estudantes que não terminam seus estudos e as principais causas da interrupção; tendência do número de graduados e validação dos estudos obtidos fora do país; custo do ensino; conteúdo e organização dos planos de estudo.
> Planejamento de pessoal de saúde no plano nacional – informações relativas aos organismos profissionais; os estabelecimentos de ensino e de prestação de serviços; as associações de usuários e os grupos políticos interessados; as necessidades de pessoal qualificado fora do setor saúde; a atitude do governo (política geral, prioridades e duração do mandato); planos e perspectivas de desenvolvimento a longo prazo; capacidade e limitações da administração (160).

A partir da recomendação dos dados a serem coletados para efetuar o planejamento de recursos humanos para a saúde, é possível inferir que um dos inibidores do processo de desenvolvimento desta prática pode ter sido a dificuldade para consegui-los e analisá-los, a tempo oportuno. No caso brasileiro, é pequena a possibilidade de alcançar tal diagnóstico, tanto para o nível nacional, em razão da indisponibilidade de muitos dos dados solicitados e da dificuldade de produzi-los com representatividade de toda a população brasileira, quanto para o nível regional ou local, pois muitos dos dados recomendados são inexistentes ou é descabido para este nível do sistema de saúde.

Além disso, o diagnóstico proposto considera apenas aspectos quantitativos relacionados à realidade analisada, na tentativa de transformá-los em parâmetros a partir de um modelo preexistente (159).

Na década de 1970, ainda sob o regime militar, no Brasil há a constituição e o fortalecimento do movimento sanitário que buscava, entre as lutas por melhores condições de vida, uma reforma do setor saúde que mais tarde culminaria na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). O ideário deste movimento já se fazia presente na 6ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977, que apresenta uma renovação conceitual e uma visão mais abrangente da questão dos recursos humanos na saúde do que até então vigorava. Nesta Conferência, foram abordadas questões relativas à gestão do trabalho, pouco discutidas anteriormente como, regime de trabalho e incentivos funcionais, além dos temas já debatidos sobre formação, qualificação e preparação de pessoal para a execução adequada dos programas e projetos estabelecidos (161).

Observava-se, no entanto, desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que a necessidade de planejar o número adequado de profissionais às exigências e necessidades do sistema público de saúde, e ao crescente setor privado, já era problema sentido pelo governo. A distribuição equitativa de médicos nos municípios e regiões do país já era uma preocupação desde aquele período, como expressam trechos dos anais desta Conferência:

> [...] o preparo de pessoal […] deve obedecer a uma política planejada de aproveitamento. Inútil produzir mais que as necessidades do consumo, mormente em se tratando da custosa preparação técnica do homem. Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios? Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais de medicina nos grandes centros (161).

A Conferência, realizada ainda sob o clima desenvolvimentista, destacava a importância do planejamento estatal. No ano anterior, tinha sido criado o cargo de Ministro Extraordinário de Planejamento, com o objetivo de incentivar a elaboração dos planos para

o desenvolvimento, que enfocavam prioritariamente as questões econômicas e de infraestrutura. A saúde adquiria significado econômico, político e ideológico (156).

No início dos anos 1960, o Brasil apresentava sinais de uma crise econômica, social e política, em grande parte devida à política desenvolvimentista e ao endividamento externo contraído para o processo de industrialização na década anterior, aos conflitos entre representantes dos setores industrial e agrícola frente ao descompasso entre o crescimento destes setores, à urbanização crescente com aumento da demanda por alimentos e crises de abastecimento por quedas na produção agrícola, gerando inquietações sociais e movimentos reivindicatórios, em um contexto internacional de disputa ideológica entre os projetos socialista e capitalista, conhecido como o período de Guerra Fria (162).

Movimentos sociais naquele período passam a questionar a possibilidade de reais soluções por parte das instituições e pressionam por mudanças estruturais, para os quais a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar em 1964. "A centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica da síntese que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país" (103).

Nesse contexto, coerente com a política econômica, a saúde passou a ser tratada como bem de consumo, generalizando-se a demanda por consultas médicas, ao mesmo tempo em que se financiavam, com recursos públicos, a construção e reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, políticas de convênios entre o Instituto Nacional de Previdência Social e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, multiplicavam-se as faculdades particulares de medicina, em detrimento dos recursos destinados aos serviços públicos (103).

> Esta política teve, evidentemente, uma série de efeitos e consequências institucionais e sociais, entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica 'de massa' […]; o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela […]. Assistimos, também, ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma

> relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (103: 82).

Assim, com políticas de saúde que priorizavam a expansão do setor privado, para o setor público os desdobramentos da preocupação com a adequação da força de trabalho à expansão desses serviços foram orientações no sentido de formar pessoal de nível elementar, essencialmente práticos, em treinamentos breves, para ocuparem as regiões onde médicos com formação "custosa" não estariam presentes. O plano econômico, antes de qualquer outro, dava sentido à necessidade de planejamento de recursos humanos, considerado como "capital humano" para os governos daquele período. Assim,

> O planejamento consiste, em última análise, na elaboração de um conjunto de meios para aplicá-los a um conjunto de objetivos determinados. Admitido o pressuposto de que os objetivos, no campo da saúde estão definidos e quantificados, impõe-se eleger e avaliar os recursos humanos e materiais necessários a que sejam plenamente alcançados (161).

Deste trecho, é possível identificar a noção de "recursos humanos" como mais um dos meios, no mesmo nível dos recursos materiais, a serem administrados para um determinado fim. Desconsiderando que tais "recursos" tratam-se, na realidade, de sujeitos que transformam e movimentam a história e que, portanto, devem ser considerados como integrantes ativos de todo o processo de planejamento e gestão e não, meios passíveis de serem "gerenciados". O conceito "recursos humanos" abstrai os trabalhadores de saúde de suas relações sociais, historicamente determinadas, obscurecendo as contradições e conflitos do próprio sistema econômico no qual estão inseridos. Portanto, "recursos humanos" é o conceito mais conveniente ao planejamento com enfoque normativo.

Técnicas de projeção do potencial humano foram debatidas na 4ª Conferência Nacional de Saúde, ao final da década de 1960, sob o regime militar, e as análises apontavam a inadequação do uso de modelos utilizados nos países desenvolvidos para países em desenvolvimento, dadas as diferenças de estrutura social, demográfica, e econômica. A formação de pessoal para ocupar o setor saúde, estava, portanto, relacionada à ideia do quantitativo necessário para os programas em execução. Era prevista, inclusive,

para os casos de rápida expansão dos serviços, a admissão de pessoal com formação elementar nas regiões com dificuldades para empregar médicos, até que estes pudessem ser treinados posteriormente.

A preocupação centrada na quantidade de médicos pode ser devida à expansão de serviços de atenção médica previdenciária, principalmente nos centros urbanos, incluindo recursos para a construção de hospitais privados pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (1974), o que exigia este tipo de profissional dado o modelo de atenção. Para o Nordeste do país, região com insuficiente número de médicos, pretendia-se estender serviços de atenção básica como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), para as quais era orientada a formação de profissionais de nível elementar, em cursos mais curtos e, preferencialmente, inseridos no trabalho.

No Brasil, pode-se dizer que a primeira experiência relacionada com os propósitos do planejamento de recursos humanos para saúde foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS), em 1976, cujo objetivo central era o de promover, tanto em termos quantitativos como qualitativos, a adequação da formação de recursos humanos em todos os níveis às necessidades dos serviços de saúde. De acordo com o relatório que detalha este programa, a constatação de distorções dos "estoques de recursos humanos" para o setor e oferta prevista para os anos seguintes, a falta de integração entre os setores de formação e de serviços e a possibilidade de expansão dos serviços públicos foram os motivos para sua proposição (163).

Em 1974, foi instituído um grupo de trabalho interministerial cujo relatório propôs um programa com projetos voltados a três áreas de ação, sob responsabilidade do Ministério da Saúde: i) planejamento de recursos humanos; ii) preparação direta de pessoal para a saúde e iii) apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde. Para implementar esta terceira ação, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação e Cultura e a OPAS encaminhou as atividades de organização do PPREPS (163).

O desenvolvimento de atividades voltadas ao planejamento de recursos humanos para a saúde era uma consequência esperada do PPREPS. As metas previstas para formação de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar eram de 160.000 a 180.000 no período de 1976 a 1979, sendo que "o dimensionamento concreto" seria elaborado para

cada região, de acordo com as necessidades e possibilidades identificadas. O estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada estado, integrado aos correspondentes sistemas de planejamento setorial, era o terceiro objetivo do programa, sendo a articulação com instituições do campo do planejamento (SEPLAN) "altamente desejável e necessária para ampliar as condições de factibilidade e viabilidade do Programa" (163).

Neste período, a OPAS foi uma das principais fontes de desenvolvimento de metodologias e projetos voltados à capacitação de especialistas em planejamento, disseminando a ideia de que a partir de métodos adequados de planejamento os países poderiam alcançar objetivos e metas definidos segundo diagnósticos bem elaborados. Para tanto, sugeria a necessidade da informação estatística e da formação de especialistas e de unidades especialmente voltadas para a elaboração de planos no interior dos ministérios de saúde. O caráter normativo e tecnocrático passou a ser criticado e o planejamento estratégico considerado uma alternativa a este modelo metodológico (157).

Entretanto, ao analisar do ponto de vista político, pode-se dedicar a falta de resultados de médio e longo prazo dos planos elaborados à crise do planejamento estatal, reflexo da própria crise do papel do Estado na sociedade capitalista e do fortalecimento do modelo neoliberal nas décadas seguintes. A questão metodológica do processo de planejamento foi enfatizada, porém, como afirma Onocko-Campos (164), "'o que fazer' é sempre anterior ao 'como fazer', e esse 'o que fazer' não é dado a priori". Portanto, se o Estado iniciava um processo de recuo na execução de políticas sociais, não haveria metodologia suficiente para resolver tal problema.

E, ainda, caberia complementar a pergunta sobre "o que fazer" com "para quem", pois, conforme propõem Spinelli e Testa (159), as metas serão necessariamente conflitivas, haja vista que se referem aos interesses de grupos em conflito, e o sujeito que planeja, faz parte de alguma força social para a qual o objetivo do planejamento – ou "o que fazer" - se inscreve no marco da luta pelo poder. O sujeito que planeja, confere ao seu plano os seus valores. Portanto, "a quem interessa planejar a força de trabalho para a saúde, mais especificamente, para a Atenção Básica?" Quais os grupos estão dispostos, e por que, a refletirem e se comprometerem com o debate sobre a composição das equipes de saúde para

superar uma Atenção Básica focalizada e compensatória para uma de caráter universal, resolutiva e ordenadora do sistema de saúde?

3.2 A década de 1980: crise do planejamento estatal e o enfoque estratégico

No contexto social e econômico internacional, ao contrário do que ocorria anteriormente, quando predominavam as concentrações operárias numa mesma fábrica, cidade, região ou país e se expandiam os sistemas de seguridade social, as medidas neoliberais em curso nos países centrais priorizam a desterritorialização do trabalho e das mercadorias e a precarização das condições e relações de trabalho, impactando as condições de vida dos trabalhadores e sua capacidade de organização e resistência (91).

Nesta década, já se inicia, no Brasil, o processo de reestruturação produtiva com a informatização produtiva, os programas de qualidade total e a implantação de métodos de gestão participativa. Inicialmente marcada pela redução de postos de trabalho e intensificação da jornada de trabalho para aumentar a produtividade, esse processo vai se intensificar nos anos 1990 (91).

Durante muitos anos, o planejamento de recursos humanos foi um componente importante da cooperação do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS e da OMS e era compreendido como a busca de um equilíbrio entre a oferta e a demanda de pessoal nos sistemas de saúde. A equação mais utilizada, criada por Hall, enfatizava a previsão do número de pessoas e os tipos de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas, projetando-se as necessidades futuras, para alcançar objetivos sanitários predeterminados a partir de um número padronizado internacionalmente de profissionais por habitantes (155).

Nos cálculos padronizados não se encaixavam as condições do âmbito político e sanitário e as mudanças nas condições de trabalho, como a carga horária da jornada de trabalho, o número de homens e mulheres, as necessidades de tempo livre, o envelhecimento dos trabalhadores, o dinamismo tecnológico, a influência das modalidades

de pagamento etc. Estes estudos, aparentemente "técnicos" e "neutros", se originavam da pressão corporativa ou da preocupação de gestores em conjunturas marcadas por ciclos de superoferta ou escassez de pessoal, percebida, mas não estudada, períodos de aumento no número de vagas, intenção de diminuição de formandos devido à superoferta, diminuição do financiamento para novos postos de trabalho, de maneira esporádica, inefetiva, enviesada e limitada em seu alcance por interesse de atores diversos, mas o enfoque normativo não considerava estes interesses políticos na análise e no desenvolvimento dos meios para o alcance das metas (155).

Na prática, eram desconsiderados, pelo enfoque normativo, interesses como o retorno político de abertura de novos cursos de Medicina, independente das reais necessidades, qualidade e situação do campo de trabalho; a defesa corporativa de algumas profissões que utilizam a oportunidade da formação como um recurso estratégico de acordo com a situação do trabalho; a expansão de vagas em instituições privadas com o objetivo basicamente do retorno econômico aos seus proprietários, em detrimento das condições e da qualidade da formação (155).

Ao ignorar as condições políticas, econômicas e sociais, indutoras das necessidades e oferta da força de trabalho, o enfoque normativo as "naturaliza", tomando-as como imutáveis. Ou seja, para este enfoque, o planejamento da força de trabalho em saúde deve encontrar a melhor distribuição, oferta, de acordo com uma demanda, preferencialmente, adequando-se à realidade já existente. A realidade é considerada tão "imutável" que as projeções de pessoal são realizadas a partir da projeção da própria realidade atual para um outro tempo no futuro e as questões técnicas e metodológicas constituem o foco das preocupações dos planejadores.

No campo dos recursos humanos em saúde, o processo de planejamento no enfoque normativo está subordinado aos demais campos da política, do planejamento ou da saúde, além de conceber tais recursos enquanto insumos, assim como os recursos tecnológicos ou financeiros, e as universidades como "fábricas de mão de obra qualificada". Uma das principais críticas a esta corrente do planejamento seria a de que a mesma, ao invés de considerar a realidade como ela é, com seus conflitos e jogos de interesses, aponta como a realidade "deveria ser", numa tentativa de "normatizá-la" (5).

Em meados dos anos 1980, surgiram as teorias de planejamento estratégico e situacional, como alternativa aos problemas de inefetividade do planejamento com enfoque normativo e por influência do pensamento estratégico aplicado à saúde. O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS promoveu o desenvolvimento de novas aproximações ao planejamento de pessoal que consideravam as dimensões políticas, a instabilidade, incertezas e a complexidade do campo sanitário e do campo de recursos humanos como condicionantes do processo de planejamento e dos objetivos e componentes do plano (155).

Em 1984, a OPAS, a partir das produções de Barrenechea e Trujillo, por sua vez, embasados nos estudos de Carlos Matus, Mario Testa, Paulo Mota e do Instituto Latino Americano de Planejamento Econômico e Social (ILPES), organizou diversas reuniões com a participação das Escolas de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Medellín, México e Buenos Aires para discutir o tema do planejamento estratégico. Quase simultaneamente, em 1985, este grupo envolvido com as discussões do planejamento estratégico, também teve contato com as discussões do Programa Regional de Desenvolvimento de Pessoal de Saúde da OPAS. Estas discussões passam a entrelaçar-se, e a partir das discussões, vários seminários sobre planejamento e experiências de planejamento nas secretarias de saúde, no fim da década de 1980 e início de 1990, ocorreram em alguns países da América Latina como Argentina, Peru[36], Brasil (5).

Em um desses seminários, realizado no Brasil, em Londrina (Paraná), em 1991, surgiu a necessidade de produzir-se um texto para sistematizar e auxiliar as discussões, processo este finalizado em 1993 com a publicação de um livro, dentro da série de Desenvolvimento de Recursos Humanos, distribuído para toda a América Latina. O livro foi incorporado como texto de apoio nos cursos de graduação e pós-graduação de diversos campos profissionais da saúde e outros, o que confirmava a lacuna de produção teórica sobre o assunto (5).

A necessidade de contar com número adequado de equipes multiprofissionais, com as competências adequadas, no lugar e tempo adequados, tem sido o interesse histórico do planejamento de recursos humanos em saúde. Mas a maioria dos esforços de

[36] Apesar das experiências de planejamento da força de trabalho dos anos de 1980, o Peru é, atualmente, um dos países da América Latina com escassez de profissionais de saúde.

planejamento de recursos humanos no mundo e na América Latina, tem centrado as análises e projeções basicamente no profissional médico ou enfermagem. Poucos processos têm incluído outros profissionais ou o conjunto da força de trabalho em saúde como um todo (155).

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 24 a 28 de março de 1980, os debates, referentes à política de desenvolvimento de recursos humanos, enfatizaram a formação de profissionais adequados à organização dos serviços básicos de saúde. Considerados os recursos humanos como meios para alcançar os objetivos propostos por tais programas, aspectos relacionados à ênfase na especialização médica, necessidade de formação de profissionais de nível médio e elementar, foram abordados, focalizando o debate na questão da formação de recursos humanos. Aspectos relacionados ao planejamento e à gestão não foram mencionados e foram enfatizados os serviços básicos. A, então, secretária de recursos humanos do Ministério da Saúde, Lia Celi Fanuck, afirmou não existir, "a priori, nenhum projeto elaborado, nem esboçado", pois o Ministério estava propondo a formulação de projeto em cooperação técnica com secretarias de saúde dos estados e municípios, considerando as necessidades e condições locais para o desenvolvimento dos serviços (161).

Em 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual as deliberações acerca da política de recursos humanos abrangeram aspectos relacionados à gestão, como valorização da dedicação exclusiva ao sistema público, remuneração e plano de cargos e carreiras, constituição de equipes multiprofissionais de acordo com as necessidades da demanda e critérios de cobertura e, aspectos relacionados à formação e qualificação dos profissionais para atuação em um novo modelo de assistência, a ser implantado com a instituição do SUS (161).

Neste ano, também é realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde e teve como tema central a "Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária", em continuidade aos debates da 8ª CNS. Em decorrência da fase preparatória desta conferência, muitos estados criaram ou retomaram as atividades das Comissões Estaduais Interinstitucionais de Recursos Humanos. A necessária articulação entre as instituições formadoras e as de prestação de serviços foi enfatizada nesta ocasião, mas, além disso, salientou-se que, além das questões referentes à formação, os problemas

relativos à gestão como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas, entre outros, deveriam ser incorporados às discussões sobre recursos humanos (161).

O planejamento de recursos humanos foi tratado no tema "Quadros de lotação e remanejamento de pessoal", sendo avaliada a necessidade de estudos para determinar quadros de lotação específicos por unidades, considerando a demanda, a capacidade instalada da unidade e da área, os programas implantados, a resolutividade e as características da população-alvo. Também no tema relativo às "equipes de saúde", considerou-se que a composição, capacitação e organização das equipes deveriam ser planejadas segundo o diagnóstico das necessidades de saúde da população. E ainda, que a composição deveria ser multiprofissional, e os parâmetros usados para distribuição dos profissionais segundo o número de leitos, população etc., deveriam ser revistos (161).

No texto intitulado *A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária*, redigido em 1987 pelo grupo de trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária[37], a distribuição/concentração geográfico-social e institucional dos recursos humanos; a desigualdade nas condições de inserção no mercado de trabalho (segmentação); a formação e preparação dos recursos humanos; a composição das equipes de saúde e a valorização do profissional foram apresentados como os principais obstáculos para a consolidação da universalização da cobertura e garantia de equidade das ações de saúde no processo da construção do Sistema Único de Saúde (161).

Em relação à distribuição geográfica dos recursos humanos, o grupo apontou a concentração de 56% dos empregos de saúde na região Sudeste e apenas 20% na região Nordeste. Também indicava a necessidade da municipalização como estratégia de descentralizar para equilibrar tais distorções, pois 84% dos recursos estavam sob a gestão das esferas estaduais e federal. Defendia que a expansão de tais recursos e serviços deveria ser realizada a partir de um planejamento que considerasse as condições regionais e municipais, condizente com a proposta da reforma sanitária (161).

Quanto às condições de inserção no mercado de trabalho, esse grupo defendeu a unificação de todos os empregos em uma única modalidade contratual, com isonomia plena

[37] O grupo foi constituído por Francisco Eduardo Campos (coordenador), Francisco Lopes, Joana Azevedo da Silva, José Francisco Nogueira P. de Santana, Marcelo Torres Teixeira Leite, Maria Cristina Fekete, Maria José R. Rossi e Sábado Nicolau Girardi.

de remuneração, direitos e deveres. Para tanto, apontava para a vinculação dos trabalhadores ao nível de governo, responsável pela atividade exercida, resguardando-se a normatização central para assegurar a uniformidade do sistema que pretendia unicidade de princípios e diretrizes. Indicavam a necessidade de grandes alterações na legislação do exercício de alguns profissionais, como médicos e odontólogos, que estabelece a jornada de trabalho de 4 horas, possibilitando a acumulação de empregos públicos, no entanto, dificultando a viabilização dos distritos sanitários e a lógica da adscrição de clientela e vínculo (161).

Várias propostas, apresentadas há mais de vinte anos, permanecem atuais ou estão em vias de implementação. É o caso da necessidade de cadastramento de profissionais de saúde tanto do setor público como privado, indicada neste documento, redigido em 1987 e que somente em meados da primeira década do século XXI tiveram desencadeados os esforços para a sua concretização (161).

A inadequada formação profissional, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, foi apontada para os níveis elementares até a pós-graduação. Naquele momento, tomados pelo otimismo, talvez em virtude dos êxitos do movimento da reforma, o grupo declarava que o "passado recente, marcado pela submissão das políticas de formação de recursos humanos aos interesses empresariais-lucrativos […] deixou como legado […] a descoordenação e a multiplicidade de esforços, a inadequação do perfil da oferta e a má-distribuição sócio-regional dos recursos humanos" (161).

O "passado", referido nas análises do grupo, era a década de 1970, de fato marcada pelo acentuado crescimento do setor privado, cujos serviços eram contratados pelo Estado, após contribuições financeiras para sua estruturação, com a finalidade de expandir a cobertura dos serviços médico-assistenciais.

No entanto, o que se observa hoje, é que esse "passado" não ficou para trás. Vários estudos, publicados nas décadas de 1990 e 2000, apresentaram o panorama da convivência entre os setores público e privado no campo da saúde, indicando o crescimento do último no período posterior à criação do SUS. Este arranjo público-privado tem sido apontado como um dos fatores centrais dentre os obstáculos para a consolidação dos princípios doutrinários do SUS, fundamentalmente a universalização, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, foi relatado que 60 a 70% do pessoal ocupado nos estabelecimentos de saúde eram formados por médicos e atendentes. Na opinião dos participantes, essa "composição" sequer poderia ser chamada de equipe de saúde. A composição multiprofissional, para os autores, deveria ser definida a partir de critérios sociais e epidemiológicos, ou seja, planejada de acordo com as necessidades de saúde da população, "sem o enfrentamento das questões relativas à distribuição geográfica-social dos RH torna-se inviável a adequada composição e organização das equipes de saúde" (161).

No Brasil, o setor saúde nos anos de 1980 foi marcado pela universalização gradativa da assistência à saúde. Neste momento, o movimento de reforma sanitária atinge seu auge quando, após a 8ª Conferência, são incorporadas à Constituição Federal, em 1988, praticamente todas as recomendações aprovadas naquele fórum (161).

No art. 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, ficou estabelecido que compete ao SUS, além de outras atribuições, "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde". Romero (165) apresentou as dificuldades inerentes à regulamentação deste dispositivo constitucional, em especial, relacionando-o à prerrogativa de autonomia universitária, legalmente garantida pelo art. 207 da Constituição Federal. A proposição de regulamentação deste artigo aconteceu apenas na década seguinte, em 1992, por meio do Projeto de Lei do Senado nº 137 e Projeto de Lei nº 6.240, em 2002, na Câmara dos Deputados, mas foi rejeitada alegando-se o caráter "inconstitucional" ao tentar impor condicionantes para a criação de vagas nas universidades, ferindo o princípio da autonomia.

A racionalidade do processo de planejamento em saúde, no Brasil, historicamente tem enfatizado de maneira "incompleta" os aspectos técnicos, pois mesmo os critérios "técnicos" como eficiência, efetividade e equidade na alocação de recursos têm sido desconsiderados em favor dos interesses econômicos e políticos do setor hegemônico na saúde. Isto por que, considerando a dimensão dupla e indissociável - política e técnica - do processo de planejamento, o modelo metodológico apoiado na oferta de serviços e não nas necessidades da população, consegue escamotear a informação demográfica e epidemiológica, limitando-se a adequar a oferta à demanda potencial ou estimulando a demanda pela oferta, em alguns níveis (166).

Dois enfoques na elaboração de planos passam a ser confrontados: o normativo e o estratégico. Apoiar-se em análises populacionais, nas necessidades de saúde ou na oferta dos serviços não faz "estratégico" o processo de planejamento, quando omite da análise a viabilidade política e social na formulação de estratégias possíveis. Ainda assim, como o modelo baseado nas necessidades da população abre a possibilidade de se trabalhar com variáveis de caráter social, propicia a introdução de um enfoque mais estratégico na medida em que pressupõe a previsão de cenários político e econômico, viabilizando um tipo de intervenção que extrapola o setor saúde. No entanto, o recorte das necessidades tem sido "convencional", pois o tipo, a coleta e a análise dos dados epidemiológicos têm sido influenciados pela racionalidade do projeto social do grupo hegemônico, incitando o uso de determinados serviços médicos compreendidos como bens de consumo (166). Desta forma,

> a oferta de serviços está condicionada por interesses empresariais lucrativos. Busca-se satisfazer as necessidades dos indivíduos enquanto agentes de consumo da tecnologia médica, serviços privados de atenção médica e medicamentos.[...] Os interesses políticos e econômicos se sobrepõem aos argumentos técnicos, e nem mesmo a proposta de racionalidade técnica se completa. Pois a alocação de recursos não obedece a critérios de eficiência, efetividade e equidade (166).

O planejamento estratégico de recursos humanos em saúde pode ser definido, de acordo com Rovere (5), como o planejamento intencionado de intervenções que diferentes instituições, atores ou forças sociais realizam sobre o processo de desenvolvimento destes recursos, considerado como um objeto de transformação socialmente determinado. Estas intervenções, por sua vez, são valorizadas em função da sua contribuição, positiva ou não, a melhorar a quantidade, a qualidade e a cobertura dos serviços de saúde e, em última instância, da saúde da população.

É comum atribuir o fracasso do plano ao fracasso do método, e a consequência é o aperfeiçoamento do método, na busca de melhorar suas possibilidades de alcançar os resultados desejáveis. A crítica realizada, portanto, nos anos 1980, foi no sentido de, além de melhorar o método, incorporar o sujeito ao processo de planejamento e incorporar os aspectos políticos ao plano. Tratava-se de incorporar nos procedimentos práticos do planejamento, os aspectos já incorporados conceitualmente na reflexão (159).

Em uma análise da produção científica acerca da política, planejamento e gestão em saúde, Paim e Teixeira (167) apontam que, na década de 1980, apareceram estudos sobre programas de extensão de cobertura, sobre programas de formação e capacitação de pessoal e experiências de integração docente-assistencial. A elaboração e a implementação de propostas de reforma na gestão, planejamento e organização dos serviços, e o interesse pelas questões teórico-metodológicas no campo do planejamento e gestão, também foi observada pelos autores. E, no campo das políticas de recursos humanos, outros aspectos, além das questões de gestão e planejamento e da formação e preparação profissional, passaram a ser enfocados. Iniciava uma discussão a respeito do processo de trabalho em saúde e das relações sociais que permeiam a produção dos serviços de saúde e das práticas e atitudes institucionais que condicionavam estas relações.

Estas discussões possibilitam a emergência da crítica ao termo "recursos humanos" e a defesa do conceito da "força de trabalho em saúde". Este último possibilita analisar o conjunto dos trabalhadores de saúde, segundo a "capacidade de realizar trabalho útil que aumenta o valor das mercadorias" (168). Além disso, apesar de a força de trabalho também se transformar em mercadoria, no modo capitalista de produção, ela possui características que, ao mesmo tempo em que se distingue das outras mercadorias, expressa importantes contradições neste sistema:

> Em primeiro lugar, […] a força de trabalho não é produzida como as outras mercadorias.[...] Em segundo lugar, o valor de uso da força de trabalho é a sua capacidade de produzir valor. (Portanto) […] a extração de trabalho da força de trabalho cria outros pontos de conflito entre o comprador (o capitalista) e o vendedor (o operário) […] trata-se dos conflitos sobre a intensidade e as condições de trabalho (que) estruturam fundamentalmente os aspectos técnicos e sociais da produção capitalista. Finalmente, a venda da força de trabalho aliena o trabalhador da sua capacidade criativa de produção e […] do produto desse trabalho (168).

Nesse sentido, se a intenção é trazer à tona as contradições e os conflitos inerentes ao trabalho e ao conjunto dos trabalhadores de saúde, inseridos em um modo de produção capitalista, na perspectiva de desvelar a relação entre as políticas econômicas, sociais e de saúde e a prática do planejamento, o conceito "força de trabalho em saúde" faz mais sentido que o de "recursos humanos". Além disso, a viabilidade política do plano se

assegura, em grande parte, com o envolvimento e participação ativa dos sujeitos envolvidos, trabalhadores e não "recursos", desde a definição das questões políticas a serem enfrentadas e as questões estratégicas para a implementação e avaliação do plano (155).

3.3 A década de 1990: Estado omisso, planejamento ausente

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por um processo de retrocesso das conquistas sociais da década anterior. A redefinição do papel do Estado no tocante à prestação de serviços, desfazendo-se de muitas das responsabilidades assumidas nos anos anteriores, era uma consequência das imposições macroeconômicas, expressas nas orientações de organismos financeiros internacionais e alcançadas por meio de processos de privatização, desregulação e terceirização. Essas reformas administrativas do Estado repercutiram no mundo do trabalho, desencadeando um aumento do desemprego e na precarização do trabalho (94; 169; 170).

Os primeiros dez anos de vigência das reformas setoriais, denominadas de "reformas de primeira geração", na maioria dos países, se concentraram nas mudanças da estrutura dos sistemas (descentralização) e seu financiamento, assim como na redefinição das responsabilidades e funções do Estado na saúde, na separação de funções, na mercantilização da saúde, nas mudanças nos modelos de gestão e na privatização dos serviços de saúde (155).

Essas reformas também foram implementadas em outros países da América Latina, com graves consequências sociais, em nome de uma suposta "modernização" e adaptação dos países "em desenvolvimento" à dinâmica do capitalismo contemporâneo. A área social, incluindo a saúde, em função da sua relação direta às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste econômico, apresentou um quadro de agravamento de "velhos" problemas e surgimento de novos. A capacidade de resposta do Estado frente aos problemas sociais era cada vez menos efetiva frente às crescentes

demandas, criando condições para uma onda de terceirizações e privatizações de várias formas (94; 169; 170).

No setor saúde, ao contrário do observado no mercado de trabalho em geral, houve expansão no número de postos de trabalho e aumento de ocupações, com a incorporação de diversos outros trabalhadores que não eram necessariamente profissionais de saúde (administradores, técnicos de outras áreas, pessoal auxiliar etc.). A implementação do SUS foi o grande alavancador deste mercado, pela expansão dos serviços básicos da rede pública e contratos com a rede privada. No entanto, apesar do crescimento quantitativo de empregos no setor, observou-se que mudanças qualitativas nas relações contratuais, com aumento de vínculos temporários, autônomos, empregos desregulamentados, destituição de direitos trabalhistas, diminuição dos níveis de proteção social, inclusive no setor público, e poucos avanços salariais caracterizaram o mercado de trabalho em saúde ao longo dos anos 90 do século passado (169; 170).

Nesse contexto, o comprometimento do potencial político-organizativo dos trabalhadores foi uma das mais graves consequências das medidas neoliberais intensificadas, no Brasil, a partir da década de 1990. Entre outros fatores, esta desorganização política dos trabalhadores, deveu-se às novas formas de gestão do trabalho com medidas como a "cultura participativa" e a externalização de parte dos processos de trabalho, por meio das terceirizações, compra de serviços, do trabalho em domicílio, por tarefa etc., criando um mosaico de situações jurídicas e profissionais que tornam menos visíveis os laços existentes entre os trabalhadores (91). Este processo também foi observado no setor da saúde, com aumento do número de profissionais contratados como "autônomos", nas terceirizações das "atividades-meio", como serviços de limpeza, higienização e esterilização de materiais, incentivo às modalidades de atendimento domiciliares do tipo *home care* por cooperativas, além do incentivo à organização de seguros e planos privados ofertados por grupos de profissionais de saúde "liberais".

Pereira (170) indica as diversas modalidades de terceirização ocorridas neste período, em que o Estado passava para entidades privadas não só a responsabilidade em gerenciar e prestar serviços, como também os recursos públicos – imóveis, equipamentos e força de trabalho – para que as mesmas executassem os serviços. Na medida em que se desmontava quase toda a estrutura pública para provisão dos serviços de saúde, entregando

nas mãos de terceiros, desmontava-se também a capacidade de organização e mobilização política dos trabalhadores de saúde para resistirem a este quadro de retrocesso no processo de construção do SUS.

Breilh (10) alerta que o processo de privatização da saúde compromete o conjunto do sistema de saúde, não apenas pontualmente, implicando a vinculação das decisões próprias do campo da saúde aos interesses empresariais e de análise de custo benefício, em detrimento da lógica dos direitos humanos e das necessidades inalienáveis.

No entanto, apesar da fragilização das organizações da classe trabalhadora, resistiram alguns movimentos de defesa de direitos conquistados que obrigaram o Estado a manter, ao menos na letra da lei, os compromissos políticos registrados na Constituição Federal de 1988.

O processo de municipalização, e as repercussões para a força de trabalho, condicionou o aumento dos vínculos de trabalho aos municípios. Neste caso, na segunda metade da década de 1990, o Programa de Saúde da Família foi o principal mecanismo de inserção de trabalhadores de saúde por meio de contratos precarizados com Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), cooperativas e empresas terceirizadas neste nível da gestão do sistema de saúde. A forma contratual estatutária para inserção de médicos e enfermeiros na Atenção Básica chegou a 22% e 25%, respectivamente, neste período (169; 170).

A precarização dos vínculos de trabalho compromete a relação dos trabalhadores de saúde com o sistema, prejudica a qualidade e continuidade dos serviços prestados em razão de consequências como a alta rotatividade de profissionais e a impossibilidade de efetivar processos de planejamento de médio e longo prazos. O Ministério da Saúde identificou, entre 2001 e 2002, na Estratégia Saúde da Família, variadas formas de vínculo dos trabalhadores municipais destas equipes: estatutários e celetistas (em menor proporção, aproximadamente 13%), temporários, comissionados, bolsistas, prestadores, cooperados, contratos informais e verbais (129).

Apesar da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080 e nº 8.142) ter sido aprovada no início dos anos 1990, o contexto no qual se desenrolaram as políticas de saúde não possibilitou avanços em direção ao cumprimento da lei. Ao contrário, os anos que seguiram foram de ataque aos princípios e diretrizes do SUS e, muitas vezes em nome deles, como no

caso da focalização da prestação de serviços aos mais pobres, ocasionando o que se convencionou chamar de "universalização excludente", em nome de uma "equidade" transfigurada que justificava destinar recursos limitados e insuficientes aos mais "necessitados" e estimular os demais a buscarem assistência no sistema privado.

Neste contexto de minimização do papel do Estado, de focalização dos serviços em parcelas mais pobres da população, e na flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho no sistema de saúde, foi implantado o Programa Saúde da Família, em 1994. Concebido no plano federal como principal estratégia para efetivação da atenção básica, assumiu grande importância nos pequenos municípios como captador de recursos financeiros, em um momento de retração do orçamento federal. Porém, encontrou obstáculos para avançar nos grandes centros urbanos, assim como nas transformações das práticas assistenciais desenvolvidas. Sua influência sobre os processos de planejamento dos recursos humanos ficou mais centralizada na questão da formação e qualificação profissional para atuação no programa e mais fragilizada nas questões das mudanças no modelo de gestão, tendo em vista o contexto de desregulamentação vivenciado pelo poder público naquele período e que se estende até o momento.

Observou-se a persistência e o agravamento de problemas típicos de planejamento de recursos humanos relativos à disponibilidade, a distribuição e a estrutura da força de trabalho em saúde. Somaram-se a estes problemas, a questão do subfinanciamento dos serviços de saúde, das mudanças na regulação do trabalho, nos modelos de atenção e gestão, enfim, condições impostas pelas reformas de Estado e da administração pública ocorridas na década de 1990, que deveriam ser objetos de intervenção da política de recursos humanos, visto que estas reformas foram, de fato, profundas reformas de ordem laboral no setor saúde, das estruturas e processos do trabalho (155).

Os setores de governo que, limitadamente, executavam alguma política de planejamento e regulação do trabalho praticamente desapareceram ou foram reduzidas a uma expressão simbólica dentro das organizações. Estas práticas foram, em grande parte, substituídas pelos projetos de apoio às reformas, elaborados por instâncias dos organismos internacionais de financiamento que, ao conceber determinados projetos, projetava o pessoal adequado aos objetivos de seus projetos (155).

Mesmo desaparecendo dos discursos reformistas, algumas práticas de planejamento persistiram na realidade dos serviços, dada a demanda dos países por cooperação técnica junto à OPAS sobre indicadores e parâmetros internacionais sobre proporção de profissionais por número de habitantes (médicos e enfermeiras) ou por número de leitos, sobre a relação entre as categorias profissionais e um determinado nível de atenção ou mesmo por métodos e técnicas para cálculo de dotação ideal de profissionais em estabelecimentos de saúde. Entretanto, os avanços no processo de planejamento, a partir das teorias estratégica e situacional, foram observados mais no campo conceitual que no operacional (155).

As reformas no setor saúde geraram certa dinâmica social e institucional que se caracterizaram, na visão de Quintana *et al.* (155), por três pontos principais: i) a existência de atores sociais e interesses corporativos múltiplos, dinâmicos e conflitivos, exigindo um processo bastante complexo de construção de consensos e acordos como base para as políticas e planejamento de pessoal; ii) visões políticas divergentes sobre o trabalhador e seu trabalho que, de um lado, reivindicam a saúde enquanto direito tanto para a população quanto para os próprios trabalhadores do setor saúde e, de outro, defendem a ideia de recursos humanos como "capital humano"[38]; e iii) novo enfoque de gestão com visão estratégica que valoriza o planejamento e a construção de intervenções participativas de acordo com a realidade local e, no que se refere à educação, a negação da mera capacitação reprodutora, vertical e centralista, substituindo-a por práticas educacionais baseadas na premissa do trabalho como fator e espaço educativo.

De acordo com Machado (171), a década de 1990 pode ser caracterizada pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pelo crescimento "anárquico" e sem relação com as necessidades sociais do SUS de escolas de saúde, pela desmobilização do movimento sindical. Na visão da autora, esta pode ser considerada a "década perdida para os recursos humanos em saúde", sendo o saldo político "uma enorme dívida social com os trabalhadores".

[38] A teoria do capital humano, de um modo geral, defende a ideia que o nível de qualidade de vida dos indivíduos está diretamente relacionado com o nível de escolaridade, responsabilizando o próprio indivíduo pelas condições de vida a que está submetido, isentando o Estado de qualquer papel regulador de políticas de distribuição igualitária da riqueza produzida (173).

Em síntese, nesta década, a capacidade de planejar e orientar o desenvolvimento de recursos humanos praticamente desapareceu, em um contexto em que foram relegadas ao mercado as condições de regulação do trabalho e emprego, as decisões sobre disponibilidade de pessoal e a formação profissional. O Estado esteve ausente em praticamente toda a América Latina, isentando-se de intervir estrategicamente no campo dos recursos humanos e, em muitos países, ainda continua ausente (155).

Em relação ao desenvolvimento teórico-metodológico do planejamento de recursos humanos em saúde, destaca-se, na América Latina, a proposta de Rovere (5), de metodologia estratégica para o processo do planejamento. E, no nível internacional, mais ao final da década, o texto de Shipp (172), produzido para a Organização Mundial da Saúde e que propôs indicadores de carga de trabalho para substituir os tradicionais indicadores de distribuição de profissionais por população (por 1000 habitantes, por exemplo). As duas propostas são emblemáticas da polarização entre os métodos quantitativos, preocupados com o aumento da produtividade e diminuição de tempo ocioso, e as propostas com enfoque estratégico que indicam a necessidade de incorporar os interesses dos sujeitos envolvidos no processo do planejamento.

Nesta década, no Brasil, foram realizadas a 9ª e a 10ª Conferências Nacionais de Saúde, em 1992 e 1996, e a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1993, que confirmaram os efeitos perversos de tais políticas macroeconômicas para o setor saúde, em especial, para os recursos humanos. As propostas referentes à criação da carreira única do SUS, ao ingresso por meio de concurso público, à isonomia profissional, formação e qualificação, ao incentivo à dedicação exclusiva e à estabilidade no emprego, à integração ensino-serviços, à composição das equipes multiprofissionais de saúde, adequadas às necessidades de saúde e sociais da população a ser atendida foram algumas das propostas reapresentadas nestas conferências, como indícios de que a política de recursos humanos da saúde não havia se alterado positivamente após a criação do SUS (161).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a proposta de implementação das "Mesas de Negociação" já instituída, em 1993, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 52 e aprovada na 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Além desta proposta, a elaboração de uma Norma Operacional

Básica específica para os recursos humanos (NOB-RH-SUS) e a criação de bancos de dados sobre a força de trabalho na saúde integrados em um sistema de informação nacional sobre os recursos humanos (161; 174).

As “mesas de negociação” foram interrompidas e retomadas por três vezes: em 1993, 1997 e 2003. São fóruns de participação paritária de gestores e trabalhadores do SUS com os objetivos de:

> Instituir processos de negociação permanente entre trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados a fim de debater e pactuar questões pertinentes às relações de trabalho em saúde, visando à melhoria e à qualidade dos serviços em saúde; contribuir para o pleno funcionamento do SUS; negociar a pauta de reivindicação dos trabalhadores do SUS; pactuar metodologias para a implantação das diretrizes aprovadas nas Conferencias de Saúde e NOB-RH; pactuar condições apropriadas para instituição de um sistema nacional de educação permanente que contemple o pleno desenvolvimento na carreira do SUS (174).

A descentralização dos sistemas de saúde também trouxe implicações para o planejamento, pois a rede de serviços nos municípios assumia a responsabilidade de cobrir e atender a uma população específica. Os objetivos relativos à saúde de uma população deveriam ser traduzidos em metas de recursos humanos, tanto quantitativas quanto qualitativas, em termos de competência e resolutividade. O modelo de atenção definido deveria contar com uma clara política de recursos humanos (155).

A municipalização dos serviços de saúde, que poderia impulsionar a prática do planejamento ascendente, a partir dos municípios, por ter ocorrido em um momento de retirada do poder público dos processos de gestão, organização e provisão dos serviços, não se efetivou como potencializadora nos processos ascendentes de planejamento. Apesar da expansão dos serviços e dos postos de trabalho viabilizados pelas conquistas legais no sistema de saúde, a ausência de práticas de planejamento no interior das secretarias municipais de saúde, na maioria dos municípios brasileiros, ainda é sentida nos dias atuais. Mas, nas descrições e análises da próxima década (a primeira do século XXI), observa-se um movimento de retomada das discussões sobre o planejamento e a questão dos recursos humanos.

Ao final da década de 1990, a OPAS propõe aos países membros uma “atualização da política 'Saúde para todos no ano 2000'”, denominada “A saúde pública nas

Américas" com o objetivo de estabelecer um consenso internacional, no âmbito dos países americanos, do que seriam as "funções essenciais em saúde pública" (FESP). O problema identificado por instituições de saúde dos Estados Unidos, como o Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), e que justificou a apresentação desta proposta foi a existência de diferentes versões das "funções principais" do Estado em relação à saúde, tendo como base para comparação a política de saúde pública dos Estados Unidos. De acordo com o documento que divulga a política "a saúde pública não é sinônimo de responsabilidade do Estado em matéria de saúde, já que sua tarefa vai mais além das tarefas próprias do Estado e não abarca tudo o que o Estado pode fazer em matéria de saúde" (175).

Esta iniciativa da OPAS, baseada no Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública dos Estados Unidos (NPHPSP), estabeleceu onze funções essenciais de saúde pública", entendendo como papel do Estado em saúde ações de "condução, regulamentação, modulação do financiamento setorial, supervisão e padronização da prestação dos serviços" (175). Seriam, então, "funções essenciais de saúde pública": 1) monitorar, avaliar e analisar a situação de saúde; 2) vigiar, investigar e controlar riscos e danos em saúde pública; 3) promoção da saúde; 4) participação dos cidadãos em saúde; 5) desenvolver políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública; 6) fortalecer a capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública; 7) avaliar e promover o acesso equitativo aos serviços de saúde necessários; 8) desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; 9) garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; 10) pesquisa em saúde pública; 11) reduzir impactos de emergência e desastres em saúde (176).

A proposta das "funções essenciais de saúde pública" era a de caracterizar o papel do Estado nos limites das funções de condução, regulação, modulação do financiamento, vigilância e controle do sistema de saúde (175). Castro e Machado (125) identificaram, no período de 2003 a 2008, a redução na função de execução direta das ações e serviços de saúde, fragilidades no planejamento e ênfase no papel federal de regulação e financiamento de políticas.

3.4 Os anos 2000: a retomada do planejamento

Os avanços na consolidação do SUS na década anterior exigiriam o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde, por meio de transformações do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira como um todo (177). Estas transformações não foram realizadas em virtude das reformas administrativas do Estado que se ausentou de áreas importantes nas políticas sociais, incluindo a saúde. No caso da formação de recursos humanos, foram relegadas ao mercado: a formação, regulação e gestão, nesta última por meio das terceirizações e privatizações mencionadas anteriormente.

Em 2002, de acordo com entrevista de José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, as formas de contratação, tipos de vínculo e mecanismos de remuneração, eram problemas pendentes na política de recursos humanos no Brasil, reflexo das mudanças ocorridas no mundo e América Latina. No entanto, apontou a deficiência de pessoal qualificado na área de educação técnica como problema crônico do sistema de saúde brasileiro, já identificada desde a década de 70 do século XX. Explica que o sistema educacional investiu prioritariamente na qualificação técnica para a indústria e agricultura, ainda que o Estado fosse assumindo responsabilidades na prestação de serviços de saúde, relegando aos próprios serviços a responsabilidade pela formação de pessoal para este setor (137).

Em 2001, pela primeira vez em vinte anos, o Conselho Diretor da OPAS-OMS, se referiu de maneira explícita e ampla ao tema de políticas e gestão de recursos humanos em saúde, convocando o interesse e a vontade política dos demais setores para dar maior prioridade às políticas de recursos humanos em geral, e de maneira específica, impulsionar um maior desenvolvimento e fortalecimento da gestão de recursos humanos nos serviços de saúde (155).

Apesar de mudanças, algumas práticas antigas persistem, entre elas a escassez de informações oportunas e de qualidade para a tomada de decisões no âmbito dos recursos

humanos, o pouco profissionalismo entre os gestores responsáveis pelos recursos humanos e uma prática quase que exclusivamente administrativa (155).

Uma demonstração da ausência do Estado nas questões relativas às políticas de recursos humanos na década anterior foi a interrupção da publicação dos "Cadernos RH Saúde", de 1995 a 2005. Os cadernos foram publicados pelo Ministério da Saúde, nos anos 1993 e 1994, divulgando os textos de apoio e os relatórios finais das 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde, e uma edição com as discussões sobre os recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde de 1941 a 1992. Esta publicação foi retomada em 2006, com a divulgação da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A mudança na denominação da área – de "recursos humanos em saúde" para "gestão do trabalho e da educação em saúde" – no âmbito do Ministério da Saúde possivelmente seja reflexo dos diversos debates que ocorrem em torno da expressão "recursos humanos" desde a década de 1980 (5; 178), e também em razão da eleição de outro governo no país, em 2003, que assumia o poder defendendo mudanças na área social, principalmente. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES) com o objetivo de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (179). São competências da SGTES:

> I. Promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
> II. Elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde e acompanhar a sua execução, bem como promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde;
> III. Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo;
> IV. Promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, bem assim com entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor da saúde;
> V. Promover a integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;

> VI. Planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área da saúde;
> VII. Planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde;
> VIII. Planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde, e
> IX. Fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul (179).

Na primeira década deste século, foram realizadas três Conferências Nacionais de Saúde (CNS). A 11ª CNS, no ano 2000, teve como tema central o acesso, o acolhimento e a humanização na atenção à saúde e aprovou o documento NOB-RH-SUS; a 12ª CNS, no ano 2003, analisou o contexto em que se realizava a Conferência, reafirmou o dever do Estado e o ideário do SUS; e a 13ª CNS, realizada em 2008, propôs a discussão das políticas de Estado e desenvolvimento. A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 2006, produziu e divulgou textos de apoio para o debate com importantes dados sobre a política de recursos humanos no Brasil.

Tendo em vista o contexto pós-reforma que contribuiu para a fragmentação dos interesses e para uma criar uma competição dos trabalhadores de saúde, além produzir mudanças nas relações de trabalho que afetaram as condições de trabalho neste setor, o Estado passou a ser não mais o único ator que planeja, mas a instância reguladora cuja função era a de orientar, convocar, negociar, concertar e controlar os demais atores e agentes envolvidos (gestores locais, corporações profissionais, sindicatos, usuários, instituições de ensino, entre outros) (155).

Nesse contexto, o Brasil iniciou uma série de oficinas para implantação e avaliação das "funções essenciais de saúde pública", definidas pela OPAS, baseada na

concepção de “Estado regulador” e nas políticas de saúde características dos Estados Unidos. No entanto, no Brasil, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) adaptou esta proposta ao contexto do SUS, enfatizando o papel da gestão estadual dentro do sistema de saúde, afirmando que as “funções essenciais” seriam, no Brasil e no contexto do SUS, próprias do gestor estadual, esvaziado política e tecnicamente durante a primeira década de implantação do SUS, tendo em vista que a descentralização enfatizou a municipalização na organização do sistema de saúde e a maioria das tarefas de execução das políticas e provisão de serviços teria ficado sob responsabilidade dos municípios (180).

Na primeira década dos anos 2000, em função do esgotamento das possibilidades dos municípios avançarem na qualificação da atenção à saúde, como consequência das retrações financeiras dos gestores federal e estaduais, da Lei de Responsabilidade Fiscal, entre outras, houve a retomada do processo de regionalização como estratégia complementar à municipalização, que evidenciou a figura do gestor estadual como coordenador deste movimento. O CONASS, naquele momento, desenvolvia um projeto de fortalecimento da gestão estadual, denominado Progestores (2003), e agregou a proposta da implantação das funções essenciais de saúde pública buscando adaptar a proposta original, considerando os princípios, diretrizes e as definições legais do SUS, enfatizando as responsabilidades sanitárias da esfera estadual, incluindo a função de coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde (180).

A proposta das funções essenciais de saúde pública, adaptada pelo CONASS, buscou superar a visão de “Estado mínimo” e não compactuava com a ideia de que as funções essenciais delimitavam a ação do Estado na saúde, tendo em vista o estabelecido na Constituição Federal de 1988, de que a saúde é um direito garantido por políticas econômicas e sociais (180). As funções essenciais, adaptadas para aplicação ao SUS (FESP/SUS), incluíram:

> Fesp/SUS n. 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado.
> Fesp/SUS n. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos a saúde.
> Fesp/SUS n. 3: Promoção da saúde.
> Fesp/SUS n. 4: Participação social em saúde.
> Fesp/SUS n. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão publica da saúde.

> Fesp/SUS n. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.
> Fesp/SUS n. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
> Fesp/SUS n. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.
> Fesp/SUS n. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.
> Fesp/SUS n. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.
> Fesp/SUS n. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde (180: 31).

A experiência, até o final de 2007, quando da elaboração do documento que relatou os trabalhos (180), foi realizada em apenas cinco estados brasileiros (Ceará, Goiás, Mato Grosso, Rondônia e Sergipe), demonstrando pouco impacto da proposta no território brasileiro.

Considerando a indissociabilidade das dimensões técnica e política do processo de planejamento, e a articulação necessária entre o planejamento e a gestão, deve-se considerar o contexto político no qual o SUS vem se constituindo em um subsistema de saúde (o público), sem conseguir alcançar as prerrogativas constitucionais de universalidade de acesso e integralidade da atenção. Pelo contrário, de sistema único, ele tem se colocado ao lado do subsistema privado e, em alguns momentos, até como complementar. Bahia (181; 182) apresenta dados contundentes sobre o crescimento e estabilidade do subsistema privado, que contempla o mercado de planos e seguros privados de saúde, e as formas como o Estado contribui para este crescimento e manutenção.

De acordo com esta autora, duas empresas de medicina de grupo de São Paulo, com diferentes números de clientes e preços de contratos, registraram um crescimento de seu faturamento de 27,7% e 32%, em 2006. Entre os motivos para tal crescimento relatou-se "a concessão de índices de reajustes mais elevados durante a primeira quadra do governo de Luís Inácio Lula da Silva, do que os autorizados na vigência do governo Fernando Henrique Cardoso, os ganhos em escala decorrentes do processo de aquisição de empresas de menor porte e da verticalização e a adoção de técnicas de gerenciamento da utilização e custos dos serviços de saúde" e ainda, um "aparato jurídico-legal que sanciona o aporte de recursos públicos no financiamento dos planos de saúde" (181). Ainda de acordo com esta autora, recursos públicos financiam, aproximadamente, 20% dos gastos com planos e

seguros de saúde entre financiamento de planos de servidores públicos, atendimentos no subsistema público de usuários que possuem planos de saúde, gastos tributários de pessoas físicas e jurídicas restituídos no imposto de renda e deduções de instituições filantrópicas (181).

A autora destaca não apenas o montante de recursos públicos envolvidos com a remuneração de prestadores privados de serviços de saúde, mas o reforço ao modelo assistencial oneroso, fragmentado, na maioria das vezes, pouco efetivo que tem excluído as concepções de universalização e necessidades de saúde do repertório das políticas de saúde. O rebaixamento do SUS à condição de comprador de serviços reduz o sistema de saúde ao consumo de procedimentos médicos hospitalares e a uma política pública de inclusão seletiva de demandas (181), sem que os serviços contratados estejam submetidos às diretrizes e aos princípios do SUS, conforme determinam as leis vigentes e livres de qualquer responsabilidade com os resultados em termos de metas e indicadores.

De acordo com dados publicados por Silveira *et al.* em estudo recente (138), 38% dos trabalhadores da rede de atenção básica de 21 municípios da região Sul e 20 municípios da região Nordeste possuem vínculos precários de trabalho; menos da metade (40%) destes trabalhadores ingressaram na atenção básica por meio de concurso público; somente 16% da amostra estudada referiram ter acesso a plano de carreiras, cargos e salários (PCCS) e cerca de 20% dos trabalhadores relataram ter outro emprego, além do ocupado na atenção básica, sendo que essa proporção variou de 2% para os agentes comunitários de saúde a 69% para os médicos.

A precarização dos vínculos de trabalho ainda é um dos principais motivos da elevada rotatividade de profissionais médicos e enfermeiros na atenção básica que compromete o planejamento da força de trabalho. Em municípios da região sul, conforme apresentado por Medeiros *et al.* (183), em relação aos motivos da alta rotatividade, os profissionais pesquisados mencionaram a influência político-partidária nas definições inerentes aos projetos de trabalho das equipes, a especialização na formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculos com a comunidade e as más condições de trabalho, aliadas a outras oportunidades mais atraentes no mercado como desencadeadores da rotatividade neste nível da atenção. Os enfermeiros ainda mencionaram a insatisfação com os processos de trabalho centrado mais no atendimento médico que na equipe. Esta

dificuldade não foi apontada pelos médicos. Os autores perceberam nos relatos que o vínculo empregatício precário podia ser usado como instrumento de controle político sobre as equipes de saúde da família pesquisadas.

Este contexto de precarização dos vínculos de trabalho e outras condições insatisfatórias para o desenvolvimento do trabalho no setor saúde, força a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, NOB-RH-SUS, que já vinha há vários anos sendo discutida e reformulada[39]. O Conselho Nacional de Saúde aprovou em 2003, sua aplicação como Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Esta norma praticamente sistematiza e formaliza as propostas deliberadas nas conferências nacionais de saúde e nas conferências temáticas relativas aos recursos humanos em saúde. Em relação ao processo de planejamento de recursos humanos, foi enfatizada a necessidade de criação de bancos de dados nas três instâncias de gestão para possibilitar ações de planejamento de acordo com a realidade (184).

Também em 2003, o Ministério da Saúde instituiu, a partir das discussões da Mesa Nacional de Negociação Permanente, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. O Comitê ampliou o debate nacional sobre a necessidade de instituir mecanismos para reverter a situação de precarização de vínculos de trabalho no sistema de saúde (129).

Em outubro de 2005, realizou-se a 7ª. Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, em Toronto (Canadá), promovida pela OPAS em conjunto com o Ministério de Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário. Das discussões realizadas nesta reunião, elaborou-se um documento denominado "Chamado à ação de Toronto: 2006-2015 rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas", considerado um marco de referência para a formulação e implementação dos planos de recursos humanos durante este período (185).

Este documento apresenta alguns princípios que embasam a necessidade de envidar esforço de longo prazo para a promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde em todas as regiões das Américas. O primeiro princípio indica "os recursos humanos como a base (social e técnica) do sistema de saúde" sugerindo que a

[39] A primeira versão da NOB-RH-SUS foi elaborada em 1998 e a segunda foi publicada em 2000 e a primeira impressão da 3ª edição ocorreu em 2004.

“contribuição dos trabalhadores de saúde é fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde”. O segundo princípio define o trabalho em saúde como “serviço público e responsabilidade social”, sendo “necessário o equilíbrio entre os direitos sociais e as responsabilidades dos trabalhadores de saúde e as responsabilidades dos cidadãos”. E o terceiro princípio reconhece os trabalhadores de saúde como “protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde”, sendo “o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde um processo social, não exclusivamente técnico, orientado para a melhoria da situação de saúde da população e da equidade social” que será atingida por meio de “uma força de trabalho bem distribuída, saudável, capacitada e motivada” (185).

O documento enfatiza principalmente três aspectos, relacionados às políticas de recursos humanos: i) a questão da formação/capacidade técnica dos recursos humanos tanto de gestores, para uma liderança mais efetiva, como dos trabalhadores de saúde para atuação adequada às mudanças previstas nos sistemas de saúde e ao modelo de atenção universal, equitativo e de qualidade; ii) a distribuição quantitativa de profissionais de saúde, observando as necessidades de saúde das regiões; iii) a sustentabilidade dos planos quanto ao financiamento adequado e à mobilização/sensibilização da comunidade internacional para manter o interesse em torno dos recursos humanos, incluindo a necessidade de produção de informação e conhecimento sobre a importância dos recursos humanos na saúde.

Dentre os papéis da cooperação internacional, os participantes da 7ª. Reunião definiram como principais estratégias para o plano de ação a “promoção, liderança, cooperação técnica, produção de evidências e alianças”, e indicam a necessidade de “ampliar o conceito de 'recursos humanos em saúde' para uma visão das capacidades humanas, incluindo outros paradigmas de atenção”. Nesse sentido, observa-se que a centralidade nos temas da formação adequada, capacitação técnica mantém-se atual nas discussões referentes aos recursos humanos em saúde, por organismos internacionais, nesta década, desconsiderando os aspectos relacionados à gestão do trabalho, como a precarização dos vínculos e a impossibilidade de planejar a força de trabalho em saúde em um contexto marcado pela primazia do lucro conforme a lógica do mercado.

A partir da criação da SGTES, em 2003, várias ações foram desencadeadas no sentido de implementar as propostas aprovadas desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência de Recursos Humanos em Saúde. Assim,

> Atendendo a sua missão institucional e consciente da necessidade de enfrentar e resolver uma grave lacuna no SUS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, através do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), implanta o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS, por meio da Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006 (D.O.U. de 26 de setembro de 2006) com o objetivo de propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (129: 5).

A partir de 2006, dentre as ações promovidas pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), no Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), estão: i) a criação de bancos de dados e de um sistema de informações sobre a força de trabalho de saúde no país – Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (INFORSUS) e o Sistema de Informações sobre os Conselhos Profissionais (CONPROF). Com o objetivo de subsidiar a Política Nacional de Gestão do Trabalho, o Degerts desenvolveu estes dois bancos de dados para fornecer informações sobre o mercado de trabalho em saúde, a serem utilizadas como instrumento para a tomada de decisão e apoio na formulação de políticas, nas três esferas de governo e para o setor privado complementar e sobre os Conselhos Profissionais, cujo objetivo é disponibilizar as informações dos Conselhos Federais e Regionais de Saúde das Profissões que compõe a equipe de saúde (179).

O ProgeSUS implantou, também, o Sistema Gerencial para a Gestão do Trabalho em Saúde (SiGTrabalho), sistema que integra as informações sobre empregos, capacidade instalada, profissionais em saúde, com base na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS/IBGE e outras pesquisas. Além dos dados dos estados e municípios brasileiros têm-se também dados brutos dos países da América do Sul que fazem fronteira com o Brasil. Disponibilizados em um banco de dados em nível nacional, subdivididos em cinco dimensões (Grandes Regiões, Unidades da Federação, Municípios por porte

populacional, Municípios que têm fronteira com países do Mercosul e Municípios que têm fronteira com países da América Latina) em quatro grandes blocos (179).

Outras ações foram: ii) 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; iii) 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 à maior cobertura e maior qualidade da atenção à saúde da população, prioritariamente nas regiões fronteiriças do Mercosul e elaborar propostas que auxiliem na definição e na implementação da agenda de trabalho; iv) a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; v) discussão para implementação do PCCS-SUS; vi) na área da gestão da formação os programas PET-Saúde, Profae, Profaps, Pró-saúde, Pró-residências, Telessaúde e UnaSUS; vii) a instituição da Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) como instância permanente de caráter consultivo e natureza colegiada que busca resgatar o papel de gestor e regulador do trabalho em saúde; viii) a criação do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS, programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, voltado para o fortalecimento das estruturas de gestão do trabalho e da educação no SUS, visando a sua efetiva qualificação. O ProgeSUS tem como objetivo desenvolver ações conjuntas entre os entes federados para o fortalecimento e modernização das estruturas de gestão do trabalho e da educação no SUS, com vistas a sua efetiva qualificação, abrangendo todos os aspectos gerenciais mais precisos, como aqueles voltados para a informação e informática do setor.

Cada um destes programas e ações merece análise aprofundada para avaliar os avanços e limites de cada proposta. No entanto, em função de ser o planejamento de recursos humanos em saúde o aspecto central deste trabalho, estes programas não serão investigados neste momento. Estas ações foram citadas como exemplo da retomada das discussões sobre os recursos humanos na saúde, no Brasil, que reflete de certa forma, o destaque que este tema vem recebendo em todo o mundo.

Também em 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Na Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta este sistema, são descritos como objetivos:

> I - pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
> II - formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
> III - implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
> IV - desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
> V - apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
> VI - promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e
> VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS (186).

De acordo com o Ministério da Saúde, o processo de implantação do PlanejaSUS teve início em 2006, com a instalação de seu Comitê de Operacionalização, instituído pela Portaria nº. 251, de 6 de fevereiro de 2006. Para a operacionalização do PlanejaSUS em nível nacional, o Ministério da Saúde conta com um grupo de colaboradores, composto por especialistas e profissionais que atuam no processo de planejamento e orçamento na esfera federal, nas áreas de planejamento do SUS e de instituições de ensino-pesquisa afins e instituiu incentivo financeiro de aproximadamente R$ 18 milhões para apoiar a implementação do sistema PlanejaSUS (186).

Como principal desafio deste programa, o Ministério da Saúde apontou a construção da cultura de planejamento no SUS "sobretudo se se considerar o curto período do processo em curso e o esvaziamento – talvez até mesmo distorção – que esta função experimentou ao longo das últimas décadas na administração pública" (186). Como resultados iniciais, o Ministério da Saúde indicou a divulgação dos instrumentos básicos para o planejamento (plano de saúde, programação e relatório de gestão) por meio das oficinas realizadas em abril e maio de 2008 e a organização e publicação de uma série *Cadernos de Planejamento*, com 9 volumes, e o livro *PlanejaSUS: trajetória e orientações de operacionalização*, disponíveis online.

Também foi desenvolvida uma pesquisa, pelo Ministério da Saúde, sobre o perfil do planejamento no SUS, realizada no período de setembro de 2006 a agosto de 2007, com participação de 3.278 municípios, de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de todos os órgãos e entidades do MS. Essa pesquisa reuniu dados e informações das condições de infraestrutura física, tecnológica e de suprimento logístico disponível para as atividades de planejamento nas três esferas de gestão; a disponibilidade de pessoal, o nível de formação e de capacitação dos recursos humanos em atuação na área; e as expectativas dos profissionais em termos de capacitação. Os resultados foram divulgados no Caderno nº 5 da série PlanejaSUS, disponível na página *on line* do Ministério da Saúde (186).

Não foram encontrados trabalhos que avaliassem o processo de implantação e os resultados do PlanejaSUS, mas Berretta; Lacerda; Calvo (187) apresentaram um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde cuja construção da matriz avaliativa utilizou o referencial teórico de planejamento em saúde, a compreensão de organização e funcionamento delineado pelo PlanejaSUS. O instrumento foi testado em 271 municípios de acordo com o porte populacional, no estado de Santa Catarina, e concluiu-se que o modelo é viável e adequado para avaliar o empenho da gestão municipal para o planejamento em saúde.

No ano de 2007, foi aprovada a Portaria nº 1.318 que "publica as Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação" (188). Esta medida congrega as iniciativas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que juntamente com as estratégias destinadas à desprecarização do trabalho e as mesas de negociação permanentes, têm sido importantes iniciativas para a reversão dos problemas evidenciados na década anterior. Estudos mais aprofundados sobre o atual processo de implementação, avanços e obstáculos, assim como alguns resultados destas políticas poderão ser realizados futuramente para sugerir aprimoramentos na direção da consolidação das diretrizes indicadas pela Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação, a NOB-RH-SUS.

4 ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANEJAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: ATRIBUIÇÕES DAS INSTÂNCIAS GESTORAS E CONSIDERAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS METODOLÓGICOS DO PLANO

O processo de planejamento da Força de Trabalho em Saúde (FTS) para o SUS, com prioridade para a consolidação da Atenção Básica compreendida enquanto nível estruturante do sistema e ordenador da conformação das redes de atenção à saúde, deverá ser desenvolvido em conjunto, entre as três esferas de gestão, de maneira ascendente e participativa. Desta forma, as necessidades identificadas e priorizadas nos níveis locais, a partir de análises das equipes de saúde, em conjunto com a população local, deverão servir de referência para as ações regionais, estaduais e nacionais. Mesmo os parâmetros e critérios para definição de número de habitantes por equipes, composição multiprofissional, modelos assistenciais e outros recursos necessários para a efetivação da Atenção Básica como coordenadora da rede assistencial com capacidade resolutiva em todos os níveis, deverão ser definidos de forma ascendente.

Compreende-se por planejamento ascendente e participativo o acompanhamento, a identificação e incorporação, pelos níveis de gestão, do conjunto das experiências acumuladas e necessidades priorizadas a partir das equipes de saúde locais e regionais, para subsidiar a elaboração do planejamento nos municípios, nas regiões intermunicipais e estaduais, até a etapa nacional. Por sua vez, os planos nacionais e estaduais devem, a partir desta leitura local, considerar as escolhas e decisões das esferas subnacionais quando estas indicarem na direção de constituição de novos processos de trabalho, mais qualificados, humanizados e resolutivos, de acordo com os preceitos constitucionais de acesso universal e igualitário, de novas relações com o setor privado, submetidas ao controle público e na formação de uma consciência sanitária pautada no sentido público da produção de serviços de saúde (189; 190).

Defende-se, aqui, que a condição "ascendente" do planejamento é primordial para a efetivação do planejamento em saúde e é imprescindível para planejar a força de trabalho para o SUS, com prioridade para a consolidação da Atenção Básica. Isto por que, definidos os patamares mínimos de cobertura – de 90% da população – será a partir do nível local, do trabalho já instituído pelas redes de Atenção Básica nos municípios, que se identificarão as condições reais para a concretização da ampliação da cobertura e da integração da AB com os demais níveis de assistência do sistema. Não há como, a partir dos níveis mais centrais, prever todas as singularidades regionais que estão afetando a ampliação da cobertura da AB, a expansão do número de equipes e suas composições multiprofissionais.

De um modo geral, nos capítulos anteriores, foram indicados como principais razões e consequências da ausência de um planejamento efetivo da força de trabalho em saúde, nas duas primeiras décadas após a criação do SUS, os seguintes aspectos:

a) baixas coberturas das equipes de AB e Saúde da Família, em razão de desequilíbrios na distribuição geográfica, principalmente, nos grandes centros urbanos, dos vínculos precários de trabalho, da alta rotatividade de profissionais e poucos avanços em direção à consolidação da carreira profissional no SUS;

b) os processos de trabalho na AB pouco resolutivos, com baixa capacidade de impactar sobre a organização da rede assistencial, insuficientes no estabelecimento de acompanhamento continuado dos casos crônicos, também em razão dos vínculos instáveis e da alta rotatividade, além do modelo assistencial pautado na oferta de serviços especializados e não na demanda, necessidades e direitos da população;

c) participação dos trabalhadores desestimulada frente às dificuldades impostas pelos vínculos precários de trabalho, sem garantia de proteção dos direitos trabalhistas, incentivo para acúmulo de cargos com diminuição de carga horária e salários, modelo de gestão centralizador das decisões com momentos de legitimação destas decisões para os quais os trabalhadores são convocados;

d) crescimento da oferta privada tanto de serviços de saúde quanto de cursos de formação profissional na área de saúde concentrada nas regiões Sudeste e Sul, estimulada pelo mercado consumidor e potencial retorno lucrativo em detrimento dos princípios da universalidade e igualdade de acesso a estes serviços;

e) baixa regulação do setor saúde, especialmente da participação complementar do setor privado, dificultando o planejamento de ações e recursos para o sistema público de saúde refém dos interesses de grupos vinculados ao setor privado;

f) poucos avanços no sentido de consolidar a AB como estruturante do sistema e ordenadora do cuidado em saúde, imputando ao trabalhador os resultados insatisfatórios deste nível de atenção.

Neste capítulo, pretende-se identificar possíveis estratégias para intervir no planejamento da força de trabalho em saúde segundo as esferas administrativas municipal, estadual e federal. Mesmo com a compreensão de que a prática do planejamento em saúde esteja relacionada às políticas macroeconômicas e ao desenvolvimento social como um todo, algumas ações desenvolvidas no âmbito do SUS, especialmente as de caráter multi e intersetoriais, podem contribuir para a construção de condições que viabilizem avanços na luta contra a mercantilização da saúde, a favor da garantia de direitos conquistados historicamente pelos trabalhadores e, portanto, planejados de acordo com estes direitos e necessidades identificadas e definidas coletivamente.

Ressalta-se que a viabilização do planejamento da FTS está vinculada ao planejamento em saúde e aos desafios colocados à sua concretização, indicados nos capítulos anteriores: ampliação dos recursos financeiros, expansão da oferta de serviços públicos e maior controle e regulação do setor privado, ampliação da soberania nacional do SUS frente ao complexo médico-industrial, fortalecimento da autonomia de gestão de municípios e ampliação da participação de trabalhadores e usuários nas definições centrais do sistema de saúde.

Desta forma, nesta parte do trabalho, pretende-se sugerir algumas atribuições às três esferas de gestão do SUS, em relação ao planejamento da Força de Trabalho em Saúde, bem como apresentar uma breve seleção de pesquisas que tratam de metodologias para o planejamento da FTS, e experiências práticas relevantes divulgadas em periódicos e bibliografia da área, por meio de artigos e textos técnicos e científicos que possam subsidiar novas práticas no sistema de saúde.

Como contribuição inicial que certamente poderá ser criticada e atualizada futuramente, será proposta uma sistematização das atribuições de cada esfera de gestão do SUS, embasada nas determinações da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que

dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e outras providências e nas diretrizes apresentadas pelo Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, regulamentado pela Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006 (186).

O Sistema PlanejaSUS está inserido no conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão do SUS, denominado Pacto pela Saúde, instituído para promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (186). O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, sendo o Sistema PlanejaSUS objeto deste último.

Em relação ao planejamento do SUS, o Pacto estabelece cinco pontos prioritários:

> i) "adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS";
> ii) "integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo";
> iii) "institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS";
> iv) "revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes"; e
> v) "cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS" (191).

Estes pontos também deverão ser observados no processo de planejamento da força de trabalho do SUS, com priorização para a Atenção Básica, pelas três esferas de gestão. Além disso, estabelecer como parâmetros para o planejamento da FTS:

1. cobertura populacional mínima de 90% para a rede de AB para municípios, estados e território nacional;
2. o perfil epidemiológico, as características demográficas da população a ser coberta e a rede de saúde municipal e regional devem ser considerados;

3. desenho das equipes, condições de trabalho, número de profissionais por habitantes proporcional ao perfil epidemiológico e condições determinantes do adoecimento.

A seguir, são sugeridas atribuições às instâncias gestoras do SUS, em relação ao processo de planejamento da força de trabalho em saúde, sem a intenção de "prescrever" condutas infalíveis e, sim, de contribuir com o debate sobre o tema.

4.1 Atribuições da esfera federal no planejamento da força de trabalho para o SUS

Apesar das dificuldades para estabelecer ações operacionais e executivas, esta instância teria como principal função fomentar o processo de planejamento da força de trabalho em todo o território nacional, de acordo com as ações sugeridas a seguir.

- *Coordenar o processo nacional de planejamento da FTS, em cooperação com os estados e municípios, articulando o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES).*
- *Instituir e consolidar os sistemas de informações que disponibilizem dados relativos à força de trabalho em saúde (formação, distribuição, vinculação, qualificação, entre outros), como parte integrante dos sistemas de informações em saúde.*
- *Implementar rede nacional para o planejamento da FTS, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e órgãos relacionados e à divulgação de informações e experiências de interesse para o planejamento da FTS.*
- *Sensibilizar gestores das esferas estaduais e municipais para incorporação do planejamento da FTS como instrumento estratégico para a consolidação do SUS, a ser desenvolvido de maneira democrática e coletiva, em conjunto com os trabalhadores de saúde e usuários do sistema.*
- *Discutir, formular e avaliar normas relativas à regulação profissional de acordo com as necessidades do SUS, em articulação com órgãos educacionais, entidades*

de representação profissional e conselhos de fiscalização do exercício profissional no âmbito federal, bem como com entidades representativas dos poderes legislativo e judiciário.

Em relação à esfera federal, destacam-se as atividades relacionadas à formulação de instrumentos técnicos voltados para o planejamento da FTS, à implantação, monitoramento e avaliação sistemática do processo de planejamento e ao apoio técnico e financeiro aos estados e municípios. Para tanto, o gestor federal deverá utilizar os indicativos dos planos estaduais e municipais como subsídios para a formulação do planejamento nacional da FTS, assim como observar a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e o Plano Nacional de Saúde, em vigor, para formular propostas no que tange à formação, distribuição, fixação dos profissionais e trabalhadores de saúde, observando os parâmetros de cobertura de assistência da Atenção Básica, da universalidade e integralidade, com resolutividade.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) poderá se constituir em espaço de interlocução das três esferas gestoras do SUS, quanto às ações a serem desenvolvidas para o planejamento da força de trabalho em saúde, inclusive com definição de meios para divulgação e disseminação de dados e informações importantes para o fortalecimento da capacidade de planejamento das instâncias estaduais e municipais.

A instância federal poderá, ainda, estabelecer vínculos com instituições de ensino-pesquisa para apoio às decisões e ampliação do debate sobre a formação da força de trabalho e as necessidades do SUS, estabelecendo uma agenda comum para o debate sobre expansão das vagas, distribuição regional, especialidades relevantes para o modelo de atenção a ser implementado para a consolidação do SUS, entre outros temas de interesse para o planejamento da FTS. Em contrapartida, pode-se estimular o desenvolvimento de pesquisas de abrangência nacional cujas análises contribuam para o conhecimento do contexto atual e de tendências futuras de demanda e oferta da força de trabalho em saúde, definindo o modelo assistencial e os objetivos a serem atingidos.

É uma atribuição comum a todas as esferas de gestão do SUS e, particularmente, indispensável ao planejamento da força de trabalho em saúde, o desenvolvimento de instrumentos para diagnosticar, monitorar e analisar a situação atual e

as tendências de oferta e demanda de trabalhadores de saúde. A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), o gestor federal iniciou a formulação de sistemas de informações sobre a força de trabalho em saúde no Brasil. São exemplos desta iniciativa os bancos de dados disponibilizados pelo Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS) que dispõem de dados sobre os conselhos profissionais (CONPROF); informações sobre empregos, capacidade instalada, profissionais em saúde (SigTrabalho) e dados sobre os trabalhadores do setor saúde e condições de trabalho (SIG-RHS), estes disponíveis apenas para gestores.

Em outubro de 2011, realizou-se em Brasília o Seminário sobre Sistemas de Informação de Recursos Humanos de Saúde na Região das Américas, com participação de representantes do Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica e Peru, cujo objetivo foi compartilhar experiências, estratégias de cooperação regional, elaboração de uma agenda de cooperação para o fortalecimento dos sistemas de informação de recursos humanos em saúde. Entre os desafios apresentados pelos representantes do Brasil, a compreensão insuficiente sobre a oferta e distribuição atual de médicos e suas especialidades, comparada às necessidades de saúde da população e a ausência de uma base de dados consolidada sobre os recursos humanos em saúde, contendo informações demográficas, níveis educacionais, carreiras, locais de trabalho, carga de trabalho, migração, entre outros, foram apontadas como obstáculos para um diagnóstico amplo da situação da força de trabalho em saúde no país. Este é um indicativo de que, apesar das iniciativas do gestor federal, grandes esforços ainda deverão ser empenhados para que os sujeitos envolvidos possam utilizar das informações sobre a realidade para desenvolver o processo de planejamento da força de trabalho em saúde.

Saber quais dados existem e onde estão disponíveis é o primeiro passo para que possam ser transformados em informações úteis para o planejamento da força de trabalho em saúde. Isto por que há considerável grau de dispersão dos dados entre inúmeras entidades governamentais e privadas (estabelecimentos de saúde, postos de trabalho, cursos, vagas e concluintes das instituições formadoras etc.) (192).

Pesquisas realizadas por instituições de ensino-pesquisa da área de saúde têm sido úteis para sistematizar dados dispersos relativos à força de trabalho em saúde no país,

além de indicar variadas fontes de dados potenciais a serem utilizadas para investigações no campo da gestão e planejamento da força de trabalho. Destacam-se as experiências da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da UERJ, da Rede Observatório de Recursos Humanos que, desde o ano de 1999, tem desenvolvido Sistemas de Informação para apoiar gestores na formulação de políticas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde, com o propósito de coletar e processar dados atualizados e fidedignos acerca de aspectos relacionados a profissionais e trabalhadores da saúde, com vistas a caracterizar a situação existente e revelar os pontos críticos para o estabelecimento de políticas de recursos humanos que suscitem as transformações necessárias à consolidação de Sistemas Nacionais de Saúde.

Também as atividades da Estação de Pesquisa de Sinais do Mercado de Trabalho (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON – FM/UFMG) que tem realizado pesquisas com o propósito de monitoramento dos sinais de mercado de trabalho em saúde, incluindo aspectos da gestão, formação, regulação profissional e dinâmica dos mercados de trabalho.

Estudos como o de Oliveira e Garcia (193), cujos resultados de investigação realizada pela Estação Observatório de Recursos Humanos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, que integra o Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde dessa mesma Escola, relacionam e descrevem bases de dados e fontes para estudos e pesquisas na área de recursos humanos em saúde, dentre elas, destacam: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP); Pesquisa Mensal de Emprego (PME); Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED); Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI); Sistema Integrado de Administração e Recursos Humanos (SIAPE); Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPECAD); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); Sistema de Cadastro de Internação Hospitalar

(SISCIH); Censo Demográfico; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), além de sistemas locais e dos conselhos profissionais. Os autores do estudo, além de descrever as bases de dados (abrangência, atualização, variáveis disponíveis), também tecem comentários a respeito de possíveis indicadores a serem construídos a partir da utilização de uma ou mais bases de dados conjuntamente.

Estes são exemplos da importância de se estabelecerem parcerias entre as instituições de ensino-pesquisa com a gestão do sistema de saúde, nos âmbitos nacional e local. A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080 de 1990) já indicou a necessária parceria entre estas instituições, quando no Art. 14 determina que "deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior" que terão como finalidades "propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições" (194).

As condições necessárias para que essa integração entre os serviços e as instituições de ensino-pesquisa se concretize dependerá, em grande medida, dos interesses de ambas as partes. No entanto, deve-se lembrar que a finalidade última destas parceiras é a de corroborar a consolidação do SUS a partir do planejamento de meios adequados a estes fins. Desta forma, identificar pontos convergentes sobre a concepção de SUS, de modelos assistenciais, de Atenção Básica, conforme discutido nos capítulos anteriores, entre ambos os lados (serviços e instituições de ensino-pesquisa) é importante, na medida em que, ao longo do processo, estas concepções indicarão interesses mais próximos ou mais distantes dos propósitos iniciais e, às vezes, apenas aparentemente iguais.

A integração entre as instituições de serviços e de ensino-pesquisa não deve ser compreendida como um arranjo colaborativo temporário e, portanto, de alcance limitado em razão das interrupções e descontinuidades que possam vir a sofrer. Deverá, a partir de uma intenção deliberada de aprofundar e canalizar a interdependência de ambas as instituições, institucionalizar-se para a realização de objetivos que proporcionem o mútuo fortalecimento dos sujeitos envolvidos (195).

Institucionalizar esta cooperação entre as instituições de ensino-pesquisa e serviços para a elaboração de bancos de dados, análise e formulação de conhecimentos

acerca da força de trabalho em saúde, para seu planejamento de acordo com as necessidades e direitos sanitários, tem como objetivo buscar certa estabilidade desta relação de interdependência. Algumas condições podem favorecer esta estabilidade, como: o controle social, a participação popular no acompanhamento e monitoramento do processo de integração entre os serviços e as instituições de ensino-pesquisa, a divisão de trabalho formalizado por determinadas normas e parâmetros, a construção coletiva de regras formais, a ênfase em ações e objetivos comuns; a ampliação do compartilhamento de recursos, sujeitos e poder (195).

O discurso em defesa do SUS tem sido frequente, até mesmo entre representantes de organizações e empresas de natureza privada, lucrativas ou filantrópicas. Entretanto, deve-se atentar para qual "SUS" está se defendendo. Quem terá acesso, a quais serviços e ações e de que modo, e como (e quanto) será financiado e quem fiscalizará e de que forma? As respostas a estas questões podem ajudar a esclarecer quais interesses embasam as concepções de SUS defendidas.

Também não se pode esquecer que tanto gestores e demais trabalhadores de saúde que integram o SUS quanto instituições públicas de ensino-pesquisa inserem-se no aparato estatal e, conforme denunciam Scheffer e Bahia (196), "o Estado, por meio de políticas econômicas, instrumentos jurídico-administrativos e outras intervenções, contempla interesses de estabelecimentos de saúde, de empresas que comercializam planos e seguros de saúde, e de empresas do complexo industrial da saúde, especialmente a indústria farmacêutica e de equipamentos". Desta forma, os sujeitos envolvidos estão implicados neste jogo de interesses, posto historicamente, e que deverá ser considerado desde o momento inicial do processo de planejamento da força de trabalho em saúde, quando da elaboração e manejo dos dados de sistemas de informação sobre o trabalho em saúde em conjunto, entre as instituições de ensino-pesquisa e serviços.

As ações e serviços que integram o SUS têm-se organizado em rede regionalizada, portanto, seria coerente se o processo de planejamento da FTS ocorresse da mesma forma, pois há uma interdependência importante na definição da dinâmica da força de trabalho entre as três esferas de gestão e outros órgãos e setores externos. Desequilíbrios nesta rede podem resultar na fragmentação e competições entre sistemas locais de saúde, a exemplo do que se tem observado quanto à oferta de remunerações diferenciadas aos

profissionais de saúde, especialmente das equipes de saúde da família, contribuindo para a rotatividade de profissionais e situações que se assemelham a "leilões" onde o município "que der mais" leva o profissional.

Para construir condições de distribuição e fixação de profissionais de forma equitativa e de acordo com as necessidades, em todos os níveis de assistência, com prioridade para a Atenção Básica, deve-se buscar a consolidação de redes que possam definir, juntamente com o modelo assistencial, os recursos necessários a todos e a cada um para obtenção dos resultados almejados.

Podem ser mencionadas como iniciativas na construção de redes relacionadas ao processo de planejamento da FTS, como parte integrante da gestão do trabalho, as Portarias nº 928, de 02 de maio de 2006 (197), que institui a Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS e a Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1999 (198), que instituiu a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Em 2004, também por meio de Portaria nº 1, de 11 de março de 2004 (199), a SGTES dispôs sobre o funcionamento desta Rede.

Uma análise dos trabalhos desta Rede (200) indicou que esforços ainda são necessários para enfrentar alguns desafios, tais como: a instabilidade institucional devido às transições de autoridades frequentes e rápidas, gerando descontinuidades das ações; os interesses de corporações profissionais que dificultam o acesso às informações necessárias para formulação de políticas sobre questões delicadas como a regulamentação profissional; a necessidade de integrar interessados diretos relevantes como universidades e associações profissionais e colaboração com Ministério da Educação de modo mais ativo e permanente.

A definição de normas, critérios e padrões a serem respeitados em todo o território nacional, deverão ser pactuados nesta rede, e não definidos verticalmente a partir de elaboração de programas por parte do gestor federal. Para tanto, deverão ser viabilizados espaços e fóruns coletivos para a discussão das realidades locais, que em virtude das diferenças importantes entre municípios, poderão ser organizados por porte populacional. Assim, municípios com dificuldades semelhantes, em razão do tamanho da população e estrutura da rede assistencial, poderão encontrar estratégias comuns e que, de maneira ascendente, serão consideradas no planejamento dos municípios e regiões mais desenvolvidas no momento da elaboração deste.

Estes fóruns e espaços coletivos da rede de planejamento da FTS também poderão servir para a disseminação do conhecimento técnico-científico na área, identificar os serviços estaduais e municipais de referência que, por exemplo, tenham obtido êxito na ampliação de cobertura da AB por meio da expansão das equipes multiprofissionais ou que tenham atingido alto grau de resolutividade a partir da incorporação de outros profissionais com base nas demandas loco-regionais.

O estímulo aos gestores locais, municipais e estaduais, para o desenvolvimento do processo de planejamento deve promover desde a instrumentalização técnica para lidar com as informações necessárias ao planejamento, construir indicadores que facilitem a análise e avaliação da gestão do trabalho em saúde, até a elaboração de projeções quantitativas e qualitativas de equipes multiprofissionais, distribuição e fixação destas no território para o alcance dos parâmetros estabelecidos coletivamente.

A sensibilização dos gestores deve incluir a cooperação financeira e técnica aos estados e municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação, na implantação e implementação do planejamento em cada esfera de governo. O planejamento da FTS poderá se constituir, por exemplo, em tema para ações de educação permanente junto aos gestores, profissionais e usuários envolvidos no processo.

Defende-se, aqui, que o processo de sensibilização e estímulo ao processo de planejamento da FTS nas esferas estaduais e municipais não deve ser confundido com ações meramente indutivas, a exemplo das críticas levantadas ao processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família pelos governos federais, sem o devido diálogo com as instâncias envolvidas. Em função do acesso ampliado a quadros profissionais especializados, o Ministério da Saúde deve buscar construir espaços para disseminar a necessidade do planejamento da FTS, a partir da visão ampla do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que deve estar disposto a acolher as dificuldades apresentadas pelas instâncias estaduais e municipais e apoiar na busca de soluções, baseado na experiência construída historicamente. Mais do que induzir à aceitação desta proposta por meio de incentivos financeiros, o que se pretende é a descentralização e assunção de uma responsabilidade central para a consolidação do sistema e melhoria da qualidade e acesso à Atenção Básica.

Além dos gestores da equipe ministerial, é desejável que o gestor federal possa mobilizar e coordenar grupo de colaboradores, composto por especialistas e profissionais que atuam nas áreas de planejamento e gestão do trabalho em saúde, com vistas a apoiar o Ministério da Saúde no cumprimento de suas responsabilidades para a consolidação do planejamento da FTS. A participação de especialistas para subsidiar as decisões do Ministério da Saúde deve somar e complementar o debate estabelecido com outros sujeitos, como os trabalhadores e profissionais de saúde e os próprios usuários do sistema e não substituir a discussão coletiva e amplamente democrática.

As últimas décadas foram marcadas pela redução da participação do Estado na provisão e financiamento direto dos serviços de saúde, com transferência destas funções para o mercado e à própria comunidade. A orientação em direção aos mercados, à descentralização dos serviços e à flexibilização da gestão contribuíram para o crescimento do setor privado, a formação de organizações médico-hospitalares provedores, a terceirização dos serviços e a proliferação de planos e seguros de saúde, já descritos nos capítulos anteriores. Desta forma, a capacidade de regulação do setor saúde pelo Estado tem se reduzido e, com ela, a capacidade de distribuir adequadamente os recursos e meios capazes de assegurar o direito à saúde de cunho universal e integral (201).

A necessidade de regulação profissional e do trabalho[40] tem importância para o planejamento da força de trabalho em saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica, pela influência que os atores e organizações com interesses e estratégias de ação coletiva próprias, como as estruturas de autoregulação profissional (conselhos e ordens profissionais), as instituições de ensino superior, entre outras, podem exercer na organização do trabalho de modo geral (201).

Existe o reconhecimento de que o trabalho em saúde não deve ser regulado pelas leis de mercado, da concorrência, das leis da oferta e demanda, em função principalmente dos riscos aos quais estaria exposta a população usuária de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Um dos principais riscos é justamente o da ausência de serviços em áreas (geográficas e assistenciais) consideradas pouco lucrativas, de relação

[40] Girardi (201) diferencia a regulação do trabalho e das profissões. A primeira está voltada ao estabelecimento de regras de contratação de compromissos e distribuição de ganhos e a segunda está relacionada às demandas de jurisdição profissionais em torno do "direito de propriedade" e do direito de exploração de atividade, por domínio sobre determinados campos de trabalho e exercício profissional.

custo-benefício desvantajoso, segundo a ótica de mercado, e que tem contribuído para a distribuição desigual de profissionais e especialidades no país.

De acordo com Girardi (201), a intervenção regulatória do Estado pode incidir sobre a entrada no mercado de trabalho (incluídos os mecanismos de licenciamento, certificação e registros profissionais e educativos), sobre os resultados do trabalho profissional (regulações de responsabilidade civil e penal, seguros de má prática, erro profissional), sobre a ética profissional, sobre a qualidade técnica do trabalho profissional e sobre os preços de serviços e as remunerações e salários profissionais.

Para efetivar o papel de regulador no campo da saúde, o Estado organiza ações intersetoriais que articulam os setores jurídico (leis de exercício e regulamentações éticas), econômico (mecanismos e níveis de remunerações), administrativo (normas de trabalho) e, ainda, a própria sociedade, representada pelas categoriais profissionais, sindicatos ou a comunidade leiga. No entanto, estas ações não devem se configurar apenas no campo formal, mas, principalmente, devem se constituir em ações políticas que podem esbarrar em interesses diversos.

A análise temporal das emissões de Portarias pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, na primeira década dos anos 2000, para instituir um órgão responsável por regular as profissões e o trabalho em saúde pode ser indício das dificuldades no enfrentamento destes interesses políticos envolvidos nesta questão.

Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.429, criou a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) (202), de caráter consultivo e com as atribuições de propor ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; assentir os mecanismos de regulação profissional da área de saúde; interagir com o Poder Legislativo, por meio da Assessoria Parlamentar do Gabinete do Ministro da Saúde, munido-a de subsídios para a execução do seu trabalho; sugerir a alteração de leis e estimular iniciativas legislativas, visando regular o exercício de novas profissões e ocupações. Esta Câmara era composta por representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação, do Trabalho e Emprego, e ainda, por representantes dos Conselhos de Secretários de Saúde, dos Conselhos e Associações Profissionais.

No ano seguinte, o Ministério da Saúde revogou a Portaria nº 2.429 e, por meio de nova Portaria, de nº 827, de 5 de maio de 2004, criou (novamente) a Câmara de

Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) (203), também de caráter consultivo e com as mesmas atribuições anteriores, ampliou a participação de representantes dos Conselhos Profissionais.

Em 2006, por meio da Portaria nº 174 (204), o Ministério da Saúde reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, incluindo um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, e estabeleceu novas atribuições, aparentemente, enfatizando mais o papel consultivo e menos o deliberativo da Câmara: debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde; e sugerir iniciativas legislativas, visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde. Também alterou o período de realização das reuniões, antes mensais, nesta Portaria tornaram-se trimestrais.

Em 5 de dezembro de 2007, foi emitida a Portaria Interministerial nº 3.241 que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão e Regulação do Trabalho e do Emprego na Saúde (205). Com função consultiva em relação às questões referentes à regulação e à formação profissional dos recursos humanos na área da saúde, esta Comissão tem como competências:

> I - subsidiar a definição de diretrizes para a política de qualificação profissional no setor saúde;
> II - subsidiar a definição de critérios para a criação e regulamentação de profissões no setor da saúde;
> III - subsidiar a definição de políticas voltadas à atenção à saúde do trabalhador da saúde, à vigilância em saúde do trabalhador da saúde, bem como para constituição de indicadores voltados ao monitoramento das condições e qualidade do trabalho em saúde;
> IV - identificar, periodicamente, a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais;
> V - instituir políticas de qualificação e/ou requalificação de trabalhadores voltados ao setor saúde;
> VI - estabelecer diretrizes para cooperação interinstitucional com vistas ao desenvolvimento de ações voltadas à desprecarização do trabalho na saúde;

> VII - estabelecer diretrizes para o desenvolvimento de ações conjuntas voltadas a estimular a democratização das relações de trabalho e implantação de processos de negociação do trabalho no setor da saúde; e
> VIII - promover a cooperação interinstitucional entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, bem como o compartilhamento de seus respectivos Sistemas de Informação (205).

Desta Comissão participam membros do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Emprego, os presidentes da Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) e da Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) e representantes dos Conselhos de Secretários de Saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Cartilha *Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde*, na qual enfatiza alguns dos principais obstáculos no processo de desenvolvimento da ação regulatória do Estado:

> As iniciativas legislativas reproduzem, na maioria das vezes, resoluções internas dos Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional, não observando as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Prevalecem, desta forma, os interesses corporativos.
> Numa análise mais aprofundada da situação, identifica-se uma característica básica do atual regime regulatório brasileiro: a existência de uma legislação que preserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam os seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde (206: 4).

Além das dificuldades apresentadas, o Ministério da Saúde expôs as consequências da ausência de regulação por parte do Estado nas décadas anteriores: surgimento de profissões e ocupações sem controle do Estado e sem o devido diálogo entre as partes envolvidas; desequilíbrio entre oferta e demanda da força de trabalho com crescimento desordenado dos cursos de formação na área de saúde, principalmente de escolas privadas que têm no mercado consumidor a principal justificativa para expansão, às vezes em detrimento das necessidades do SUS e da população e dissociação entre a formação de especialistas e as necessidades de saúde da maioria da população e do sistema de saúde. Neste contexto, foi criada a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde.

É possível identificar, portanto, que a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, diversas ações foram desencadeadas no sentido de ampliar a responsabilidade do Estado no tocante às políticas de regulação, de gestão e planejamento, relacionadas à força de trabalho em saúde (formação, distribuição, vinculação, proteção social e qualificação), diferentemente das décadas anteriores quando esta responsabilidade foi relegada. No entanto, estudos de natureza qualitativa, a partir de entrevista com os sujeitos envolvidos, podem auxiliar para a compreensão de como tem sido o processo de formulação e implementação desta agenda, quais dificuldades têm sido encontradas e como têm-se viabilizado as alternativas de ação, com quais interesses e de quais grupos, ou seja, a história que não está visível na legislação analisada.

4.2 Atribuições da esfera estadual no planejamento da força de trabalho para o SUS

A instância estadual teria como principal função estabelecer o elo entre a instância federal e municipal, assegurando que os municípios e as regiões intermunicipais tenham condições adequadas para encaminhar e dar continuidade aos processos de planejamento da força de trabalho em saúde.

- *Coordenar o processo de planejamento da FTS nos estados e apoiar os âmbitos federal e municipais na implementação e aperfeiçoamento da capacidade de planejar, de diagnosticar e analisar a situação atual e tendências em médio e longo prazo, favorecendo a descentralização deste processo para os municípios e o movimento ascendente do planejamento até o nível federal.*
- *Cooperar técnica e financeiramente para o planejamento da FTS nos municípios por meio de assessoria na definição de estratégias voltadas ao fortalecimento e organização do processo de planejamento local e regional, apoiando as áreas de*

planejamento nos municípios e executando ações suplementares, quando necessárias.

- *Participar na implementação de redes regionais (intermunicipais e interestaduais) de planejamento da FTS, voltada à integração das três esferas de gestão do SUS e à divulgação de informações e experiências de interesse ao planejamento da FTS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área nos Estados e em apoio ao MS.*
- *Apoiar, monitorar e avaliar as redes regionais, promovendo a articulação, integração e participação dos municípios e auxiliando na aplicação e adaptação, às realidades locais, das metodologias e instrumentos desenvolvidos para planejar a FTS local.*
- *Estimular a criação de grupos de trabalho nos Colegiados Gestores Regionais e Comissões Intergestores Bipartites nos estados para debater a questão do planejamento da FTS para o SUS, com ênfase para a Atenção Básica.*
- *Utilizar os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e os Planos Municipais como subsídio prioritário na formulação dos Planos Estaduais, observando a Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação da Saúde (NOB-RH-SUS).*
- *Promover políticas intersetoriais visando à integração e o diálogo das instituições e órgãos envolvidos com a formação e representação dos profissionais de saúde, bem como aos conselhos profissionais e de controle social para discutir conjuntamente, de forma ampla e democrática questões como a oferta e a demanda da FTS, definição de prioridades, distribuição geográfica e fixação de profissionais nos estados, qualificação e educação permanente com base nas necessidades do SUS.*
- *Colaborar com o Ministério da Saúde, na consolidação dos sistemas de informações sobre FTS, acompanhando, avaliando e divulgando as informações referentes à FTS.*

Pode-se afirmar que o papel da esfera estadual deverá ser o de coibir a fragmentação do processo de planejamento da FTS no âmbito estadual, articulando os

esforços e recursos dos municípios nas regiões de saúde. A descentralização com ênfase na municipalização sobrecarregou os municípios em relação à gestão e planejamento da FTS, sem, no entanto, disporem de recursos necessários para sua concretização conforme as diretrizes e necessidades do SUS. No caso da Atenção Básica, especificamente, a ausência de articulação e de uma visão integradora nos estados, contribuiu para intensificar a rotatividade de profissionais entre os diversos municípios que competiam entre si para contratação de profissionais a integrarem as equipes da Estratégia Saúde da Família.

Rosa e Coelho (207) em estudo que analisou os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia, identificou que o gasto médio de uma unidade de saúde com a Estratégia Saúde da Família, em 2005, foi de R$ 17.302/unidade/mês, sendo que a participação do governo federal foi de R$ 2.834/unidade/mês, o município responsabilizou-se pela maioria dos gastos e a instância estadual não alocou recursos para o cofinanciamento desta estratégia. De acordo com as autoras, a "opção" dos municípios pelo PSF tem despreendido grandes investimentos para esta estratégia e pode ter inviabilizado o cumprimento de outras atividades, devido à insuficiência de recursos. Desta forma, o subfinanciamento do PSF tem levado a um padrão de alocação que consome grande parte dos recursos próprios dos municípios para fazer funcionar a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde que, somado ao abandono técnico e a baixa autonomia das gestões municipais, a ESF tem sido insuficiente para alterar o modelo de atenção, conforme anunciado pela Política Nacional de Atenção Básica.

Destaca-se a ausência da esfera estadual na implementação da Política Nacional de Atenção Básica e, consequentemente, no apoio técnico e financeiro aos municípios nas questões de planejamento e gestão das redes de atenção em saúde[41]. A necessária articulação dos municípios em torno de um projeto de intercâmbio e de integração de seus sistemas de saúde pode contribuir para ampliar o acesso da população a serviços especializados, por exemplo, quanto racionalizar recursos e direcionar os investimentos para áreas de insuficiência (195), inclusive no que tange a distribuição dos profissionais de saúde. O papel central da esfera estadual no planejamento da FTS será o de balizar o processo de descentralização enfatizando a aproximação entre municípios e organização

[41] De acordo com dados do CONASS, em 2004, experiências de financiamento estadual para o PSF estavam em curso em 11 estados brasileiros (208).

das regiões, ao invés da ênfase à municipalização fragmentada, apoiando o intercâmbio de recursos, conhecimento técnico e experiências locais.

Em 2003, ocorreu o 1º Seminário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para construção de consensos quanto à organização, gestão e financiamento do SUS. Neste evento, os secretários estaduais estabeleceram o fortalecimento da AB como prioridade para mudança do modelo assistencial e, definiram como da esfera estadual as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual. Enquanto os municípios devem se responsabilizar pela organização, operacionalização e execução das ações de AB, os gestores estaduais definiram como atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na AB:

> i) co-financiar a Atenção Primária, a partir de critérios e de plano de investimento, definidos pela gestão estadual;
> ii) garantir a equidade na oferta de serviços de Atenção Primária;
> iii) promover cooperação técnica com os municípios, com orientação para a organização dos serviços de Atenção Primária que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
> iv) promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na Atenção Primária, com ênfase em: educação permanente; assessoramento aos municípios nas questões legais de contratação de pessoal (discutir normas, salários regionais, execução de concursos);
> v) realizar acompanhamento, avaliação e regulação dos serviços de Atenção Primária, visando sua qualificação;
> vi) executar ações da Atenção Primária de forma suplementar ou transitória, nos municípios que não desempenham sua responsabilidade na área (208).

No entanto, com o processo de municipalização, além da prestação de serviços, foram municipalizados equipamentos, estruturas físicas e força de trabalho, comprometendo a capacidade operativa das secretarias estaduais. A falta de treinamentos, o quadro insuficiente de pessoal, a inexistência de articulação política interna nas SES, a infra-estrutura física e a autonomia dos grandes municípios em relação às SES e a relação direta destes com o Ministério da Saúde foram apontados pelos gestores como principais

entraves para que as secretarias estaduais assumissem as atribuições definidas no Seminário para construção de consensos, promovido pelo CONASS (208).

Alguns exemplos das repercussões das ações das SES na resolutividade e ampliação da qualidade das ações da AB foram citados pelo CONASS, como o percentual de, aproximadamente, 80% de diagnóstico e tratamento de hanseníase e tuberculose, em Tocantins, a ampliação da cobertura do exame Papanicolau no Paraná, em 2002, ampliação da participação das equipes de Saúde da Família nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, no Rio Grande do Sul, após iniciativas das SES em treinamentos, incentivos, avaliação e monitoramento destas ações nos respectivos estados (208).

Assim, pode-se esperar que, com apoio técnico e financeiro às ações de planejamento da FTS nas regionais e municípios, seja possível desencadear este processo com menor dificuldade. A sensibilização dos gestores municipais para incorporação do planejamento da FTS, com prioridade para a AB como instrumento estratégico de gestão do SUS, poderá ser realizada por meio de discussões, oficinas e debates nas câmaras e grupos de trabalho das Comissões Intergestores Bipartites e nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que são integrados por todos os secretários municipais de saúde de uma determinada região, permitindo maior inserção dos municípios na definição das estratégias em questões relativas ao planejamento e gestão da FTS.

Para que isso aconteça, é necessário que estes espaços de interlocução entre as equipes estaduais e municipais sejam providos de informações que possibilitem a análise da atual situação da FTS nos municípios e regiões, áreas com maior dificuldade de contratação e fixação de profissionais de saúde, tipos de vínculos de trabalho e relação entre os setores público e privado, por exemplo, que possam subsidiar a definição de estratégias de superação das dificuldades e alcançar as metas de cobertura e resolutividade propostas. E, para que seja possível ter acesso às informações, há que se constituírem equipes com capacidade técnica para levantar e analisar os dados disponíveis, equipamentos e infra-estrutura para o suporte destas ações, tanto nos níveis centrais como nos regionais. Este processo poderá ser efetuado com articulação entre as instituições de ensino-pesquisa nos estados, de acordo com a atribuição da esfera federal quanto à consolidação dos sistemas de informações sobre a FTS de nível nacional.

É fundamental que nestes espaços possam ser discutidos os motivos para a dificuldade de contratar profissionais, os motivos da alta rotatividade em algumas regiões e municípios e a proposição de alternativas que, na maioria das vezes, extrapolam a capacidade gerencial e operativa dos municípios. A superação dos problemas identificados nos municípios quanto à gestão e planejamento da FTS, em grande medida, envolverá ações intersetoriais para as quais haverá a necessidade de intervenção das esferas estaduais e federais. Caberá às instâncias estaduais estabelecer o elo entre município e União, durante o processo ascendente do planejamento da FTS.

Outro aspecto importante a ser considerado durante o processo de planejamento da FTS é a grande heterogeneidade de portes populacionais entre os municípios brasileiros e sua capacidade de gestão. Possivelmente, seja produtivo estabelecer fóruns de discussões, também, entre municípios de mesmo porte, como por exemplo, municípios com menos de 10 mil habitantes, para que possam diferenciar as dificuldades encontradas e apontar para estratégias mais adequadas a estas realidades específicas. Estes fóruns não deverão substituir, no entanto, os espaços de interlocução entre todos os municípios e regiões nos estados, uma vez que estes podem se constituir em espaços privilegiados para a troca de experiências e aprendizagem, mesmo para municípios com características diversas.

Pinto e Teixeira (209) analisaram o processo de formulação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, destacando o contexto, os atores políticos que participaram do processo, as dificuldades encontradas no processo decisório e as possibilidades de aperfeiçoamento da prática, que poderão ser úteis para outras experiências estaduais. Em relação ao contexto político, as autoras destacam a mudança da gestão pública estadual, a partir da eleição de 2006, que teve grande impacto na política estadual, com alteração de grupos políticos que estavam no comando político há décadas. Como primeira iniciativa, o grupo que assumiu a gestão da secretaria estadual de saúde realizou "um levantamento exaustivo de informações que permitiram uma primeira análise da situação e identificação de um conjunto de problemas que se constituíram no ponto de partida para o planejamento, em caráter emergencial". A área de recursos humanos despontou como prioritária neste processo.

Dentre os aspectos relacionados ao contexto político, as autoras relatam conflitos e resistências por parte de grupos com interesses distintos no cenário estadual, que foram enfrentados para permitir a implementação da política formulada, tais como:

> As decisões relativas ao encaminhamento da política de desenvolvimento de recursos humanos incluíram, primeiramente, o enfrentamento das questões administrativas relacionadas com a contratação de pessoal em caráter emergencial para suprimento de cargos e funções que se encontravam vagos diante de resistências políticas corporativas às medidas de controle adotadas de imediato pelo Secretário. Um exemplo foi o rompimento do contrato com as cooperativas de profissionais de saúde que monopolizavam a oferta de força de trabalho em setores estratégicos (209).

Na experiência da Secretaria Estadual da Bahia, descrita por Pinto e Teixeira (209), foi constituído um grupo técnico responsável pelo levantamento e sistematização de informações, cujo trabalho tornou-se o embrião do processo de formulação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde neste estado. Este grupo técnico se constituiu no "ator central" do processo, em torno do qual gravitaram outros atores governamentais e não governamentais, como: secretário de saúde e demais dirigentes da secretaria, alguns informantes-chave identificados ao longo do processo, como membros da Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde. Como o processo de formulação desta política esteve articulado a outros processos políticos como a 7ª Conferência Estadual de Saúde, a elaboração do Plano Estadual de Saúde, houve a confluência de atores destes processos e de debates que ocorreram em espaços diversos.

Além das instituições de ensino-pesquisa, universidades e outros órgãos formadores, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) poderá auxiliar o trabalho das SES, apoiando tecnicamente por meio da realização de oficinas de trabalho e divulgando material de referência sobre o planejamento da FTS, a exemplo das atividades sobre planejamento da Atenção Primária (210).

Apesar do fato de o planejamento da FTS não estar incorporado na prática dos gestores estaduais, a experiência da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, assim como outras que tenham ocorrido no país, mas ainda não foram objeto de análise e de divulgação por meio de estudos, poderão subsidiar novas ações nas demais Secretarias Estaduais de

Saúde. A partir destas experiências, é possível promover e apoiar ações de educação permanente em planejamento e gestão da FTS para profissionais, gestores e usuários, em parceria com o Ministério da Saúde e os municípios, com o intuito de viabilizar as atribuições aqui defendidas.

4.3 Atribuições da esfera municipal no planejamento da força de trabalho para o SUS

Considerando a premissa de que o processo de planejamento da força de trabalho em saúde, sobretudo para a Atenção Básica, deve estar pautada nas necessidades de saúde da população, defende-se que as instâncias municipais tenham garantidas as condições necessárias para identificá-las e promover o processo ascendente do planejamento, conforme as ações propostas a seguir.

- *Coordenar, executar e avaliar o processo de planejamento da FTS no âmbito municipal, viabilizando a contratação e distribuição de profissionais e trabalhadores de saúde na rede de serviços do SUS, priorizando alcançar cobertura mínima de 90% de AB em todo o território municipal, as diretrizes da Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação da Saúde (NOB-RH-SUS) e a pactuação com gestores das esferas federal e estadual.*
- *Participar do planejamento, programação e organização da rede regional voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS para implantar processo permanente de planejamento da FTS, bem como divulgar informações e experiências de interesse do planejamento da FTS.*
- *Aplicar metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do planejamento do SUS e da FTS, elaborados coletivamente com as demais instâncias gestoras e instituições colaboradoras, adaptando à realidade local, de forma articulada, integrada e participativa.*

- *Alimentar os sistemas de informações sobre a FTS e desenvolver ações de avaliação, controle e acompanhamento das condições de trabalho, ampliando a participação dos profissionais e trabalhadores de saúde sobre questões pertinentes à gestão e planejamento do trabalho em saúde.*
- *Sensibilizar gestores e gerentes locais para incorporação do planejamento da FTS como instrumento estratégico para a consolidação do SUS.*
- *Promover mecanismos de articulação entre as diversas áreas da secretaria de saúde com outros setores do município e outras instituições e órgãos de formação e representação profissional, estabelecendo políticas intersetoriais para o planejamento da FTS.*
- *Normatizar, complementarmente, a composição das equipes em função do perfil epidemiológico, necessidades identificadas pelas equipes locais, apoiando com levantamento de informações sobre o processo e resultados do trabalho (mortalidade, internamentos, encaminhamentos para especialidades médicas de média e alta complexidade).*
- *Coordenar ações coletivas com equipes de saúde visando à identificação da demanda, seus determinantes e necessidades a serem priorizadas, tendo em vista o planejamento da FTS para ampliar o acesso da população aos cuidados de saúde e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.*
- *Participar e promover capacitação em planejamento de FTS, na perspectiva da educação permanente, utilizando de dados e informações locais, regionais e nacionais relevantes para o planejamento da FTS no município.*

O processo de planejamento em saúde nos municípios foi enfatizado a partir da criação do SUS e da legislação infraconstitucional que, dentre outras definições, condicionou o repasse financeiro entre os entes federados com a elaboração dos Planos de Saúde. Atualmente o Pacto pela Saúde também tem induzido os municípios à prática do planejamento. No entanto, estudos que analisaram a prática do planejamento municipal têm denunciado que as mesmas têm se restringido a rituais para atender às demandas legais de

financiamento, de maneira esporádica e sem integração às demais atividades permanentes de programação e avaliação das ações (211).

Rosa (211) atribui à forma como tem ocorrido a descentralização do sistema de saúde no Brasil as dificuldades para tornar o planejamento uma prática cotidiana nos municípios. Isso por que, segundo a autora, grande parte dos municípios brasileiros depende das transferências financeiras da União para manutenção dos serviços municipais, comprometendo a autonomia política dos municípios e a possibilidade de ampliar a capacidade gestora nos mesmos, uma vez que a maioria dos recursos repassados já estão vinculados a determinados gastos.

O Pacto pela Saúde (212) estabeleceu responsabilidades aos municípios quanto à gestão do trabalho, às quais deverá se vincular o processo de planejamento da FTS. São atribuições da esfera municipal com relação à gestão do trabalho:

> i) promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
> i) adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
> ii) estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
> iii) desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;
> iv) considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão local[42];
> v) implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da Saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica (212: 28).

[42] A Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007, instituiu as "Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação" (213).

Estas atribuições deverão subsidiar os debates e as estratégias para a contratação, distribuição, vinculação e proteção dos direitos sociais da força de trabalho em saúde nos municípios. No entanto, o planejamento da FTS deve se articular ao planejamento da saúde em geral, que por sua vez está condicionado aos objetivos e metas estabelecidos ao sistema de saúde nas três esferas do SUS.

Em artigo que analisou o cumprimento dos compromissos concernentes à gestão dos trabalhos inscritos no Pacto de Gestão, em oito municípios do estado de São Paulo, Junqueira *et al.* (214) constataram a pequena adesão dos municípios aos princípios definidos pelas diretrizes nacionais do PCCS-SUS, a começar pela inexistência de PCCS específico para o SUS na maioria dos municípios estudados. Os autores chamam a atenção para o valor estratégico da informação para o exercício do controle social sobre as políticas de gestão do trabalho. Expõem as dificuldades encontradas pelos pesquisadores para obtenção de dados relativos à força de trabalho nos municípios pesquisados (discriminação quantitativa das diferentes categorias profissionais, tipos de jornada, salários-base e médios, rotatividade etc.), pois, com exceção de dois municípios, os demais não disponibilizaram os dados para a pesquisa. Este fato evidencia o frágil domínio por parte dos Conselhos Municipais de Saúde acerca da discussão do Pacto pela Saúde e dos compromissos municipais quanto à política de gestão da força de trabalho, além do não-reconhecimento do caráter público dos dados relativos à administração municipal.

Os resultados encontrados na pesquisa realizada por Silveira *et al.* (138) corroboram os identificados no estudo de Junqueira *et al*. (214). Por meio de inquérito epidemiológico, foram analisados aspectos relacionados à gestão do trabalho, da educação, da informação e da comunicação na Atenção Básica de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil, que evidenciou:

> uma escassa profissionalização dos gestores e limitações importantes das estruturas e instrumentos de gestão. A precarização do trabalho é um problema relevante na Atenção Básica. A supervisão do trabalho está pouco direcionada ao planejamento e às práticas de saúde. A educação permanente de trabalhadores se limita a particularidades das ações de saúde. Geralmente, a informação em saúde no âmbito municipal se restringe à coleta e transferência de dados às esferas estadual e federal. Já a comunicação não se constitui em uma estratégia efetiva de vinculação entre gestores, trabalhadores, população e controle social (138: 1724).

Outros conflitos importantes foram identificados, durante a pesquisa realizada por Junqueira *et al.* (214), entre gestores das instâncias municipais e estadual, entre a gestão e as instâncias de controle social e entre órgãos do governo, como as Secretarias de Saúde e outras secretarias municipais, como a de Administração e Finanças. Além dos conflitos, evidenciaram-se fragilidades na formação dos conselheiros em relação ao tema discutido, uma visão despolitizada do papel protagônico que os conselheiros poderiam assumir e a transferência para os gestores da prerrogativa da formulação de propostas políticas em relação à força de trabalho da saúde.

A transferência de uma significativa parcela da gestão da força de trabalho para entidades privadas, nos municípios pesquisados, mediante o número de contratos terceirizados, inclusive para provimento de cargos das chamadas atividades-fim, como exames laboratoriais e radiológicos, e o achado que revelou que, com exceção de um município, os demais não realizavam concurso público desde 2008, alguns deles há mais tempo. Estes achados indicam que, mais do que estabelecer mecanismos legais e institucionais para a implementação de uma Política de Gestão do Trabalho em Saúde, na qual se insere a possibilidade de planejar a força de trabalho, atualmente, há necessidade imperiosa de instituir ações políticas no sentido de viabilizar condições efetivas para o controle social desta política, com a participação ativa dos próprios trabalhadores e profissionais de saúde no debate.

Para isso, é imprescindível que se recupere a capacidade de organização dos trabalhadores da saúde, abalada pelas políticas neoliberais das décadas anteriores que impuseram, por meio da redução das responsabilidades do Estado quanto à provisão de serviços universais e integrais no âmbito social e da saúde, precarização e grande heterogeneidade dos vínculos de trabalho, promovendo grande fragmentação deste grupo de trabalhadores e a individualização na busca por soluções dos problemas.

Sem condições para a participação organizada dos profissionais de saúde na formulação da Política de Gestão do Trabalho nos municípios, a metodologia ascendente do planejamento fica comprometida uma vez que, desde o levantamento das necessidades e demandas de saúde que deve iniciar a partir das equipes de saúde locais em conjunto com a população usuária dos serviços, até os encaminhamentos posteriores, requer condições de

trabalho que viabilizem, ao menos, a fixação e permanência dos trabalhadores nos locais de trabalho.

Os aspectos relacionados à identificação das necessidades de saúde, à demanda por ações e serviços de saúde, que suscitarão o processo do planejamento das ações e da força de trabalho em saúde já foram pontuadas no primeiro capítulo. Destacam-se, aqui, alguns pontos importantes relacionados às atribuições sugeridas à esfera municipal da gestão e do planejamento da força de trabalho para o SUS.

As necessidades identificadas e reconhecidas coletivamente, a partir do encontro das equipes de saúde locais com a população deverão se constituir como ponto de partida do planejamento da força de trabalho em saúde, prioritariamente da Atenção Básica. Os meios e instrumentos para o reconhecimento destas necessidades já foram indicados, mas importa ressaltar que eles estão diretamente relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde e aos resultados obtidos em termos de cobertura e resolutividade da assistência. Isto é, à medida que a equipe de saúde, juntamente com representantes da população, consiga refletir sobre os principais motivos que levam a população a buscar os serviços de saúde (ou não buscar), as condições e determinantes que produziram tais motivos e os resultados deste encontro da população com os serviços (encaminhamentos a especialistas e exames, internamentos ou o controle/tratamento do problema), poderão surgir indicadores da necessária força de trabalho para enfrentar a situação de saúde daquele momento, naquele território.

É no processo de trabalho das equipes de saúde, no atendimento às demandas, nas dificuldades que encontram para oferecer respostas positivas aos usuários, que poderão ser levantados os indícios de qual composição da equipe será mais proficiente naquele território, em quais regiões a resolutividade das equipes não tem alcançado os objetivos definidos, iniciando o processo do planejamento ascendente da FTS, pautado na AB. No entanto, para que esse processo ocorra, ou seja, para que as equipes de saúde possam ocupar-se, também, com ações voltadas ao planejamento, são necessárias transformações nas condições de trabalho determinadas, em primeira instância, pelo modelo de atenção vigente que, por sua vez, é determinado pela conjuntura política, econômica e social. “Os profissionais e as instituições necessitam ter clareza das condições vigentes, uma vez que as possibilidades de sucesso e fracasso não são exclusivas de seus desempenhos, mas também

de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais" (215).

Compreender as condições políticas, sociais e econômicas nas quais se insere o trabalho em saúde não tem o propósito de apostar no imobilismo e na passividade dos sujeitos envolvidos neste processo. Ao contrário, aposta-se no fortalecimento da ação consciente, reflexiva e criativa no interior dos processos produtivos em saúde. Afirma-se a necessidade de ampliação do controle sobre os resultados do trabalho pelos sujeitos envolvidos e na construção efetiva de práticas menos alienadas e menos subordinadas nas instituições de saúde, em direção a construção de condições mais propícias à consolidação de sistemas e serviços de saúde que garantam o acesso universal e a qualidade no atendimento às necessidades e direitos socialmente instituídos. O trecho do texto de Gomes (216) ilustra a afirmação:

> Contribuir para que os sujeitos e coletividades superem a alienação em relação ao gênero humano, construindo-se como protagonistas de seu devir, envolve a politização acerca das determinações dos processos geradores de sofrimento e suas formas de abordagem pela sociedade. Somente assim a ideia de saúde poderá deixar de restringir à ideia de consumo de serviços de saúde (leia-se serviços abordadores das doenças) para passar a significar também, e fundamentalmente, a busca pela constituição de vidas mais plenas de sentido (216: 33).

Experiências, como a relatada por Faria e Dalbello-Araújo (217), sobre o modo como profissionais de unidades de saúde da família analisam seu trabalho, identificam pontos críticos que dificultam a produção do cuidado e como compartilham estratégias de solução já presentes e pouco exploradas, podem contribuir para que outras equipes, em outros municípios possam promover atividades semelhantes para refletirem sobre suas práticas, as condições determinantes e os meios para superá-las. As autoras sugerem encontros das equipes de saúde, nos quais questionamentos sobre o processo de trabalho (produtos/resultados, matéria-prima, produtores, ferramentas etc.) e o uso do fluxograma analisador, proposto por Merhy (219) possam contribuir para análise e avaliação do trabalho em equipe com potencial transformador, sobretudo quando realizado com participação dos usuários.

O próprio ato de planejar pode ser compreendido como processo de trabalho: tipo determinado de trabalho que organiza outros trabalhos dirigidos para o alcance de uma dada finalidade. Nesse caso, o conhecimento técnico (que também é político), expresso em técnicas e conhecimentos disciplinares, de formatos mais estruturados/formalizados ou menos, seria um dos meios ou instrumentos deste processo de trabalho que pretende organizar práticas de saúde, uma das formas de implementar políticas de saúde (218). A análise das práticas de planejamento, desde as instituições municipais até as equipes locais de saúde, também deve se constituir em oportunidade para reflexão do processo de trabalho, suas finalidades e condições determinantes.

A partir do momento que as equipes de saúde consigam identificar as dificuldades nos processos de trabalho, compreender as condições que favorecem e as que podem minimizar tais dificuldades é imprescindível que encontrem canais abertos de comunicação com a equipe dirigente das secretarias municipais de saúde, pressupondo que exista um consenso quanto às finalidades e objetivos do sistema e serviços de saúde municipais. Pois, o esforço destas equipes, de enfrentar o desafio de analisar suas práticas e todos os conflitos que podem emergir neste enfrentamento, não atingirá os objetivos em toda sua magnitude, caso a gestão municipal não esteja disponível para apoiar ou ofereça resistência ao diálogo e não acolha as demandas indicadas pelas equipes de saúde e população. A metodologia ascendente do planejamento da força de trabalho em saúde pressupõe a continuidade do processo, que seria interrompida caso as equipes de saúde locais não encontrassem o respaldo da gestão municipal para a manutenção e viabilidade do processo de planejamento.

Da mesma forma, deve acontecer entre as instâncias municipais e regionais, entre as regionais e as estaduais e, destas com a esfera federal. Um longo caminho ainda terá que ser percorrido para que esta dinâmica se efetive, nesta direção, pois estudos (211; 218) têm indicado que as práticas de planejamento nos municípios, quando ocorrem, são restritas a procedimentos ritualísticos induzidos por exigências legais de outras instâncias, contribuindo para a burocratização do planejamento em municípios com pouca repercussão sobre as práticas locais.

Rosa (211) chama a atenção para a necessidade de apoio, assessoria técnica e acompanhamento dos municípios, em relação a sua capacidade de institucionalizar práticas

permanentes de planejamento. Também nesta situação, defende-se a articulação com instituições de ensino e demais instâncias da gestão do SUS (regionais, estaduais e federal) para estabelecimento de uma agenda de educação permanente na qual se incluam temas pertinentes ao processo de planejamento em saúde e, especificamente, da força de trabalho em saúde.

A participação das equipes de saúde junto à gestão municipal poderá contribuir, inclusive para melhorar a alimentação dos sistemas de informação sobre a força de trabalho em saúde, a partir do monitoramento de vínculos de trabalho entre os setores público e privado, da organização e condições dos ambientes de trabalho, colaborando para analisar a situação vigente da força de trabalho em saúde no município, e definir, a partir desta esfera de gestão, estratégias e mecanismos para que, a médio e longo prazos, possam ser alcançados os critérios e parâmetros de cobertura e resolutividade da AB definidos coletivamente.

Em síntese, pode-se afirmar que as sugestões de Nogueira e Brito (220) permanecem atuais para subsidiar as ações das três esferas, no processo de planejamento da força de trabalho em saúde, junto à formulação de políticas de gestão do trabalho e de saúde mais amplas:

> 1. desenvolver a capacidade de diagnosticar e analisar a situação atual e as tendências a médio e longo prazo;
> 2. estabelecer instrumentos para acompanhar e prever o comportamento da força de trabalho em saúde;
> 3. considerar os fatores relacionados à formação (número de cursos, vagas, inscritos e concluintes, distribuição geográfica, natureza administrativa etc.) quanto os relacionados ao campo de trabalho (empregos, vínculos, natureza administrativa, planos de carreira e salários etc.);
> 4. analisar a demanda por serviços de saúde, seus determinantes e a partir desta, identificar as necessidades de saúde a serem priorizadas
> 5. criar sistemas de informações sobre a força de trabalho em saúde, como parte integrante dos sistemas de informações em saúde, considerando os aspectos relacionados à oferta e a demanda de pessoal;
> 6. alimentar estudos de análise conjuntural e também estudos do tipo prospectivo (220).

No próximo item, são descritas propostas recentes de metodologias para o planejamento da FTS para contribuir com reflexões futuras sobre as potencialidades e

fragilidades de cada método. Reafirma-se, aqui, que a ausência de práticas de planejamento da FTS no Brasil não se justifica pela ausência de metodologias adequadas a este fim, mas pelas condições políticas, sociais e econômicas discutidas nos capítulos anteriores nas quais se inserem os sujeitos responsáveis pelos encaminhamentos desta proposta.

No entanto, considera-se a divulgação destas metodologias uma estratégia para suscitar o debate acerca das possibilidades de implementação e condições necessárias para sua operacionalização.

4.4 Algumas considerações sobre as recentes propostas de metodologias e técnicas de planejamento da força de trabalho em saúde

Na primeira década dos anos 2000, pode se observar um aumento na produção teórica acerca das técnicas e métodos para o planejamento da força de trabalho em saúde. Os problemas reconhecidos no mundo inteiro a respeito da iniquidade na distribuição da FTS, de países com milhares de pessoas sem acesso a nenhum profissional de saúde e a migração de muitos profissionais entre países e diferentes regiões impuseram a necessidade de refletir e propor saídas. Verifica-se uma retomada, portanto, dos estudos sobre o planejamento da FTS em vários países, incentivados por organismos como a OMS e outras instituições de cooperação internacional.

No Brasil, foi realizado, em agosto de 2011, o curso de "Capacitação em Análise e Planejamento da Força de Trabalho em Saúde", promovido pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, em parceria com o Centro Global para a Pesquisa em Política e Economia da Saúde, da Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia em Berkeley, a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON/UFMG, o Departamento de Recursos Humanos em Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). De acordo com os organizadores, esta capacitação inseria-se na agenda de demanda de gestores e

governos na área da saúde e educação com o objetivo de trabalhar modelos e ferramentas econômicas utilizadas para estimativa de necessidade, demanda e oferta de profissionais, sendo direcionada para gerentes, planejadores e pesquisadores que trabalham direta ou indiretamente no campo do trabalho em saúde[43].

Esta iniciativa demonstra que o Brasil também tem se inserido nos debates internacionais sobre o tema do planejamento da força de trabalho em saúde, colaborando para justificar a exposição dos métodos propostos para o planejamento neste trabalho.

McQuide *et al.* (221) apresentam diferentes enfoques de projeção de recursos humanos para a saúde. Segundo estes autores, embora os enfoques apresentados tenham como principal unidade de análise o número de provedores de serviços de saúde, o método selecionado para calcular o quantitativo da FTS requerida reflete as decisões políticas e econômicas e os valores sociais de um sistema de saúde. Alertam para o fato de que alguns países também apresentam dificuldades em relação aos seus sistemas de informações e bases de dados requeridos para efetuar as projeções.

Dentre os enfoques, os autores destacam aqueles baseados i) nas necessidades, ii) no uso dos serviços de saúde, iii) nos indicadores proporcionais entre profissionais e população, iv) em metas de provisão de serviços, v) em metas ajustadas de provisão de serviços, baseados nos estabelecimentos de saúde (221).

Por meio do enfoque fundamentado nas necessidades, tem-se buscado estimar as necessidades futuras de profissionais de saúde com base nas necessidades de serviços de saúde prognosticadas (satisfeitas e não satisfeitas) da população atual, ajustadas segundo idade e gênero. Este enfoque incorpora normas e experiências profissionais relativas aos recursos humanos requeridos para a provisão dos serviços de saúde, buscando descobrir o método mais eficaz para satisfazer às necessidades de serviços de saúde. O pressuposto deste enfoque é a abordagem de todas as necessidades dos serviços de saúde e se baseia na suposição de que se estabelecerão prioridades, segundo a necessidade de uso dos recursos. Dentre as vantagens apontadas pelos autores deste enfoque estão: a possibilidade de melhorar a eficiência de uma combinação de recursos humanos para prover serviços de saúde, a facilidade de explicar e compreender em comparação a outros métodos, podendo

[43] Todo o material de apoio utilizado durante o curso, assim como os trabalhos finais e lista de participantes, está disponível em: http://ccoms-imsuerj.org.br/capfts/pt/.

ser útil para conseguir adesão de grupos de interesses diversos. As desvantagens deste enfoque incluem a necessidade de reestruturação dos modelos em resposta às mudanças nas tecnologias médicas ou outras que alteram a eficiência na provisão de serviços. Além disso, existem problemas potenciais a definir o que constitui uma "necessidade" em termos de cobertura e qualidade. Finalmente, as projeções geradas por modelos baseados em necessidades de serviços poderiam estipular um número pouco realista de provedores de serviços de saúde sem ajustar as disparidades na distribuição dos serviços de saúde, particularmente para as populações desfavorecidas (221).

Os enfoques baseados no uso dos serviços de saúde (demanda) projetam os requerimentos futuros de serviços de saúde com base no uso atual. Este enfoque pode incorporar as tendências projetadas nos recursos humanos atuais, como dados demográficos, rotatividade, indicadores de redução de pessoal etc. Parte dos pressupostos de que a utilização atual dos serviços de saúde pela população é adequada e as necessidades futuras de serviços de saúde podem ser calculadas com base em tendências previsíveis de fertilidade, mortalidade e migração. Devido aos índices de uso futuro dos serviços de saúde estarem relacionados com os índices atuais, geralmente os objetivos projetados de recursos humanos permanecem alcançáveis do ponto de vista financeiro. No entanto, por basear-se na situação presente, com as deficiências existentes de qualidade, acessibilidade, este enfoque não considera mudanças futuras nos padrões de comportamento, tendências de emprego ou fatores ambientais. Estas suposições inexatas podem provocar erros de cálculos consideráveis nestas projeções (221).

Os enfoques baseados nas necessidades e demandas são mais apropriados para a utilização pelas instâncias municipais, em razão da diminuição de vieses potenciais na projeção de demandas futuras, estimadas a partir da média de produção de serviços e procedimentos realizados em um determinado período. Em virtude da grande heterogeneidade na organização e oferta dos serviços por sistemas municipais e, consequentemente, de suas demandas, uma projeção nacional teria menores chances de ser representativa da realidade do sistema de saúde como um todo.

A proporção entre trabalhadores de saúde e a população estima a razão atual e a proporção futura desejável entre profissionais e população, ou entre médicos e outros profissionais de saúde, por exemplo. Neste método é utilizada uma razão anual de base e se

estimam mudanças anuais nos números futuros de trabalhadores de saúde. O fornecimento projetado de recursos humanos se compara com a necessidade projetada, e os custos projetados se comparam com os fundos disponíveis projetados. As suposições sobre o índice de crescimento se ajustam até obter as proporções desejadas. Por exemplo: a OMS indica que os países necessitam contar com, no mínimo, 2,28 médicos, enfermeiras e parteiras para cada 1000 habitantes para assegurar que os partos sejam assistidos por pessoal capacitado. Ao utilizar uma razão entre recursos humanos para a saúde e população, supõe-se que a razão relativa de trabalhadores de saúde em uma dada região é o fator determinante mais importante da capacidade de prover serviços de saúde. Além disso, este enfoque se baseia no pressuposto de que se podem tomar decisões apropriadas a respeito da razão desejável de médico e população e entre trabalhadores de saúde e médicos, que pode ser tomada como referência a partir de outras regiões ou países com a situação almejada (221).

Na visão dos autores, este enfoque é rápido, relativamente simples e pode gerar resultados satisfatórios, quando se fazem suposições realistas das taxas de crescimento. No entanto, a razão entre profissionais de saúde e população não considera os efeitos das mudanças no uso dos serviços de saúde ou as mudanças nas composições de equipes multiprofissionais e nos processos de trabalho, que podem afetar a produtividade, alterações nas tarefas e funções, entre outros. Além disso, as disparidades na distribuição de trabalhadores de saúde que existem no ano base, provavelmente continuarão no ano meta (221).

No Brasil, algumas discussões sobre a distribuição e composição da força de trabalho na saúde têm sido realizadas pautadas na identificação de razões entre o número de profissionais de saúde e a população. Os dados da Figura 1 (Capítulo 2) têm auxiliado a compreender as desigualdades da distribuição de profissionais entre as macrorregiões do país e a relação com a cobertura populacional de programas, como o Saúde da Família. Portanto, acredita-se que este enfoque poderá contribuir tanto para o planejamento da FTS no âmbito nacional, como para os estaduais e municipais, dado que facilita a identificação de áreas geográficas com deficiência de profissionais e/ou sobreoferta destes, possibilitando reflexões sobre estratégias a serem viabilizadas para uma distribuição mais equitativa da força de trabalho em saúde.

As alterações nas composições das equipes de saúde, assim como, no caso do Brasil, a instituição dos NASFs, podem alterar processos de trabalho, ampliando a capacidade resolutiva de equipes de generalistas, por exemplo, modificando, consequentemente, a necessidade de especialistas em diversas áreas. Apesar de ser indicada como uma desvantagem deste enfoque, estas mudanças são esperadas e indicam a necessidade de incorporar sistematicamente esta atividade de planejamento, articulada a análises qualitativas a respeito dos processos de trabalho e dos resultados alcançados pelas equipes de Atenção Básica.

Os enfoques baseados em metas de provisão de serviços estabelecem metas para a provisão de serviços de saúde específicos com base na oferta de trabalhadores de saúde ou na demanda dos serviços de saúde. O estabelecimento de metas se baseia em informação sobre os serviços e as tecnologias utilizadas atualmente, sobre a demanda e na opinião de especialistas. Logo, estas metas se traduzem em requerimento de dotação de pessoal e metas de produtividade para os estabelecimentos de saúde. Parte do pressuposto que os trabalhadores e estabelecimentos de saúde podem cumprir com as normas (padrões) estabelecidas para a provisão de serviços de saúde em um tempo específico. As projeções baseadas neste enfoque representam uma parte da complexa relação entre as diferentes variáveis (número de profissionais, jornada de trabalho, procedimentos realizados, modo de organização do processo de trabalho, perfil da demanda atendida etc.) e podem complementar outros métodos de projeção. Pode ser útil no planejamento de serviços de saúde críticos ou para setores pequenos da população que são atendidos por uma instituição. Porém, pode basear-se em pressupostos não realistas (221).

Especialmente para o caso da Atenção Básica, cujos processos de trabalho estão fundados principalmente em tecnologias leve e leve-dura, ou seja, dependem mais do trabalho desenvolvido por sujeitos singulares, em atendimento a outros sujeitos também singulares, este enfoque poderá ser útil, considerando-se, principalmente, a cobertura e o acesso universal, se definidos como “metas” do sistema de saúde. No entanto, considera-se perigosa a tentativa de planejar a força de trabalho baseando-se em metas por procedimentos ou produtividade, desvinculadas das finalidades do processo de trabalho e das condições a que estão submetidas as equipes de saúde para o cumprimento de tais metas. O aumento da produtividade dos serviços pode não representar melhoria na

qualidade do atendimento e, contrariamente ao que se busca, ampliar a medicalização dos problemas atendidos.

Os enfoques baseados em metas ajustadas de provisão de serviços são úteis para os programas de saúde de intervenções específicas. As metas são estabelecidas com base nas necessidades prioritárias de serviços de saúde, segundo os dados demográficos da população, a opinião de especialistas e a incidência e prevalência de problemas de saúde. Identificam-se intervenções específicas para abordar as necessidades prioritárias e analisam-se quais competências são requeridas dos trabalhadores de saúde para executar tais intervenções. Para cada intervenção estimam-se as necessidades de tempo dos trabalhadores de saúde e se convertem em equivalentes de jornadas de trabalho. Este enfoque parte do pressuposto que é possível implementar eficazmente as intervenções baseadas em evidências em qualquer circunstância e pode auxiliar na identificação de destrezas críticas de recursos humanos para a saúde, prevendo orientação para planejar as iniciativas de capacitação futuras. O planejamento baseia-se nas competências e capacidades necessárias para prover serviços de saúde em vez de definir número de empregos ou vagas nos planos. Na visão dos autores, tem potencial para melhorar a eficácia e reduzir as sobreposições de competências e combinar conjuntos de competências sinérgicas nas equipes de saúde. Para realizar projeções com este enfoque, é preciso infraestrutura e recursos disponíveis para apoiar e manter os recursos humanos da saúde. É necessária uma quantidade considerável de informações, que incluem uma revisão exaustiva da equipe de saúde ou conhecimentos especializados precisos dos profissionais de saúde (221).

No Brasil, as dificuldades apresentadas para a implementação de uma política de regulação do exercício profissional, tendo em vista a conduta das categorias profissionais em delimitar e reservar determinadas áreas do campo da saúde para si é um fator dificultador para a operacionalização deste enfoque. Os interesses de diversas categorias profissionais em demarcar exclusividade de determinados nichos do mercado de trabalho tem provocado conflitos inegociáveis, gerando entraves importantes para o avanço das discussões sobre a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Assim, considera-se que este enfoque encontraria grandes obstáculos para sua implementação no Brasil, neste momento.

No entanto, pode ser útil para iniciar o debate sobre as atribuições comuns aos profissionais de saúde a definição de condutas generalistas e especialistas e a identificação de necessidades de formação e qualificação profissional mais próximas da realidade e carências do sistema de saúde.

Enfoques baseados nos estabelecimentos de saúde incluem desde métodos mais simples até os mais complexos para estabelecer metas para as instituições de saúde. As metas se baseiam em padrões de dotação de pessoal para os diferentes tipos de estabelecimentos, as proporções entre estudantes e docentes, o número de pessoal de saúde do setor público e os níveis de financiamento necessários para remuneração de pessoal. Os autores citam o exemplo de Uganda, onde foram calculadas as necessidades de recursos humanos em saúde com base nas normas de dotação de pessoal para os diferentes tipos de estabelecimentos de saúde e estimado, em certa medida, o número necessário de estabelecimentos de saúde com base na população. Parte-se do pressuposto que ao realizar ajustes no número, tamanho e tipo de estabelecimentos de saúde, assim como nas mudanças de padrões de dotação de pessoal nos estabelecimentos de saúde, amplia-se a capacidade do setor saúde em geral em satisfazer as suas necessidades de serviços. As projeções realizadas com este enfoque proporcionam informações mais detalhadas e possibilitam explorar mais facilmente diferentes alternativas de políticas do que por meio da proporção entre trabalhadores de saúde e população. No entanto, este enfoque não permite ter em conta com facilidade a informação sobre a qualidade dos serviços ou as necessidades dos usuários dos serviços (221).

Enfoques de projeção podem resultar em números e recomendações diferentes, para uma mesma situação, dependendo dos dados utilizados para alimentar o modelo. Portanto, a escolha de um ou outro enfoque está relacionada com as intenções e finalidades estabelecidas pelos sujeitos envolvidos no processo de planejamento. Os autores citam o exemplo de estudo realizado no Canadá para calcular as necessidades de pessoal de enfermagem; por meio de um modelo baseado nas necessidades foi estimada uma necessidade de 70.808 profissionais, enquanto que um modelo baseado no uso de serviços de saúde, que se valeu dos mesmos dados, projetou uma necessidade de 112.000 profissionais (221). Portanto, a definição do método a ser empregado dependerá de escolhas fundamentalmente políticas relacionadas, por exemplo, com o modelo assistencial que se

pretende implementar, com a população que será atendida e quais serviços serão dispensados.

Idealmente seria adequado utilizar vários enfoques de projeção que se complementam, para obter conclusões mais abrangentes que sirvam para o planejamento e a tomada de decisões. No entanto, esta forma é frequentemente pouco factível, em função do tempo e dados necessários, assim como o aumento da complexidade que isto implica. Ao selecionar os enfoques de projeção deverá ser considerada a viabilidade e as limitações de informações, suficientes e confiáveis, e recursos em cada situação, sob o risco de gerar conclusões equivocadas. Os modelos de projeção úteis deverão abordar um objetivo ou problema claramente definido e quantificável e ter a suficiente flexibilidade para considerar dados novos e informações atualizadas. Os autores advertem que, às vezes, pode-se chegar a resultados mais exatos coletando-se menos dados, porém, mais confiáveis e utilizando-se modelos mais simples de projeção (221).

As dificuldades relacionadas aos sistemas de informações em saúde, no Brasil, especialmente em relação à força de trabalho, indicam a necessidade de integração de diversos órgãos e instituições para tornar viável a elaboração de estimativas mais confiáveis e abrangentes sobre a necessidade de profissionais de saúde no país.

As projeções proporcionam informações para situações futuras possíveis e, desta forma, permitem que os responsáveis pelas tomadas de decisão atuem hoje para abordar as necessidades de amanhã. Deve-se considerar que as projeções são apenas estimativas do que reserva o futuro e que o processo de planejamento da força de trabalho deve ser interativo, ou seja, para que estas projeções mantenham sua utilidade é necessário atualizá-las regularmente para incorporar dados novos, de maior qualidade, e refletir as mudanças nas tendências de população e uso dos serviços de saúde. As projeções anteriores deverão ser comparadas com os resultados para poder melhorar a exatidão das técnicas e modelos de prognóstico. Ainda que os modelos de projeção prevejam mudanças no setor saúde nos próximos 10 a 30 anos, as políticas baseadas nas projeções deveriam limitar-se a três anos (221).

Os enfoques de projeção de recursos humanos para a saúde empregam diferentes métodos de prognóstico para realizar predições sobre o futuro da força de trabalho para a saúde. A investigação sobre os serviços de saúde podem se valer de

metodologias utilizadas nos campos da demografia, epidemiologia e economia ao realizar projeções de recursos humanos em saúde (221).

A metodologia de projeção baseada nos estudos demográficos parte do pressuposto que os fatores que influem na oferta da força de trabalho em saúde estão relacionados com as tendências de demografia e uso dos serviços. Esta metodologia se adapta a variáveis de influência como índices de redução de pessoal e padrões de emprego de tempo integral e parcial, mas se baseia no pressuposto que nem o comportamento das coortes de idade nem o uso dos serviços de saúde mudarão com o passar do tempo. Embora este método possa servir para realizar projeções em curto prazo, suas limitações podem gerar dados inexatos em longo prazo (221).

As projeções baseadas nos métodos econométricos consideram a relação entre os fatores de demanda, como vagas e necessidades da população e os fatores de mercado, como orçamento, salários e disponibilidade de profissionais no mercado. Consideram algumas das forças financeiras que afetam o fornecimento de profissionais, no entanto, tem uma capacidade menor de abordar a influência de políticas, limitações orçamentárias, fatores sociais e qualidade dos serviços de saúde (221).

Os modelos de simulação utilizam métodos matemáticos que consideram a incerteza nas tendências de população, as necessidades de serviços de saúde e a eficácia dos serviços. Os modelos de simulação podem ser adaptados a situações da vida real e podem ser implementados repetidas vezes para incorporar ajustes nas hipóteses ou parâmetros de modelos. Entre as limitações destes modelos encontram-se o custo da execução e a quantidade e nível de detalhes dos dados necessários, em comparação com outros modelos (221).

No Brasil, recentemente foi realizada pesquisa pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON-FM/UFMG) que teve por objetivo desenvolver instrumentos e recursos para simulação e projeção de futuras necessidades de recursos humanos para a atenção primária à saúde, baseando-se em necessidades epidemiológicas e demográficas das populações. Dentre as principais dificuldades encontradas para a execução do projeto foi apontado o acesso às informações, principalmente quanto ao trabalho do profissional médico, necessárias para alimentar o modelo proposto. Por este motivo, o projeto piloto foi

realizado para estimar a necessidade de profissionais médicos no município de Belo Horizonte, portanto, para uma categoria profissional em uma área geográfica delimitada. Possivelmente, a ausência ou insuficiência de dados relativos a outras categorias profissionais e a localidades sejam obstáculos importantes para a reprodução deste modelo em outras realidades.

Apesar do consenso da importância de se estabelecer um planejamento da força de trabalho em saúde, Martineau e Caffrey (222) afirmam que poucos países têm elaborado ou implementado iniciativas nesse sentido. O planejamento pode contribuir para que uma organização tome decisões fundamentais sobre a força de trabalho, ao adotar uma visão de longo prazo do que espera alcançar e de como pode alcançá-la. O planejamento estratégico de recursos humanos em saúde deve ser contínuo e dinâmico, incluindo análise de situação, bem como monitoramento e avaliação. Devido às limitações de tempo, o uso de dados incompletos ou desatualizados pode ocorrer, mas este fato deve servir para propor a melhoria da qualidade dos dados necessários para o processo de planejamento (222).

Salientam a importância do plano de recursos humanos em saúde estar relacionado com o plano de saúde e os planos de desenvolvimento e econômico. Conflitos de interesse podem surgir como, por exemplo, resistência de certas categorias profissionais em função de mudanças promovidas na estrutura de empregos ou nas funções e atividades desenvolvidas nas instituições de saúde. Estas mudanças, no entanto, podem ser necessárias para alcançar os objetivos e metas do plano de saúde e, para isso, é necessário pensar estratégias de viabilidade política do plano (222), que devem estar ancoradas na participação ampla dos trabalhadores de saúde e da população usuária dos serviços de saúde.

Cecílio (223) questiona a possibilidade de tomar os conflitos na vida das organizações de saúde como objeto de gestão. Parte de uma revisão da literatura sobre as concepções de conflitos, baseando-se em autores da sociologia, da gestão e do planejamento e, apesar de reconhecer a extensão do debate sobre o tema, adota uma definição de conflito que, na visão do autor, permite sua utilização no contexto da gestão de serviços de saúde. Compreende que os conflitos podem ser explicados tanto a partir de interesses inscritos na estrutura social como de intencionalidades opostas de atores que ocupam posições específicas na organização e na estrutura social. Além disso, há conflitos

quando dois ou mais atores fazem leituras diversas da realidade e coerentes com o lugar que ocupam na organização e sociedade, engajados com determinada intencionalidade, demarcando "territórios de poder". Partindo desta concepção, o autor propõe a utilização de uma "matriz de análise dos conflitos" que possibilite compreender "o que os conflitos estão dizendo", contribuindo para mudanças substanciais no cotidiano das organizações.

Na matriz proposta, devem ser enunciados os conflitos existentes na organização e as tensões constitutivas do conflito (atores envolvidos, análise que fazem da situação, como enfrentam e quais recursos controlam), além de expor o modo como a organização tem lidado com o conflito e quais as novas possibilidades de se lidar-se com ele. Para tanto, é necessário refletir e ponderar sobre qual a potência autoanalítica de um coletivo, muito implicado com a situação conflituosa e qual a governabilidade para propor novos arranjos, novas regras do jogo que resultem em mudanças para melhor, para o maior número de atores envolvidos (223).

Deve-se lembrar, no entanto, que alguns conflitos, apesar de ocorrerem no interior das instituições, têm origem em tramas de relações que extrapolam o espaço singular do estabelecimento analisado, determinados, em última instância, pelo antagonismo de interesses entre classes sociais. A compatibilização destes conflitos pode acontecer apenas no plano ideológico, quando, por exemplo, uma das partes assume como seus os interesses da outra parte, alheia aos seus próprios interesses, no sentido de estabelecer certa harmonia, com o intuito de manter a situação vigente, ao invés de transformá-la. Enfrentar determinados conflitos pode exigir a contestação das relações de poder instituídas e que promovem a reprodução e manutenção de uma situação vantajosa apenas para alguns. Entre estes conflitos, podem ser citadas as diferentes concepções do papel do Estado na sociedade, quanto às responsabilidades sobre a saúde da população ou dos interesses envolvidos nas relações entre os setores público e privado na saúde.

Martineau e Caffrey (222) alertam que o processo de desenvolvimento e implementação de um plano estratégico para a força de trabalho em saúde pode ser complexo e tomar muito tempo, por isso deve-se assegurar infraestrutura e pessoal com disponibilidade para exercer a liderança e supervisão apropriadas para manter e institucionalizar estas práticas nas diversas instâncias de gestão. O processo inicial do planejamento deve incluir a definição das principais etapas do processo de

desenvolvimento: identificação dos recursos necessários (pesquisas, *workshops*, consultorias, instalações de informática, impressão e difusão), análise de situação, envolvimento de grupos de interesses, seleção dos integrantes da equipe responsável pela elaboração do plano, elaboração de um projeto do plano, obtenção de aprovação e divulgação do plano. Esta etapa não deveria durar mais que seis meses (135).

Martineau e Caffrey (222) recomendam iniciar o planejamento com a melhor informação disponível sobre a situação atual para identificar quais são os problemas que o plano deve abordar. Estas informações podem ser obtidas em censos específicos de dotação de pessoal em instituições de saúde, em uma revisão, em bases de dados de recursos humanos, em estudos ou revisões de equipes de trabalho ou documentos mais gerais relacionados com o setor saúde. É necessária informação atualizada para identificar as oportunidades e os desafios a serem enfrentados no futuro, nesta etapa que se denomina "exploração ambiental". Como nesta exploração podem ser incluídos os planos de provisão de serviços de saúde futuros ou fatores que podem afetar o emprego, é imprescindível que esteja vinculado com os planos de saúde mais gerais, das instâncias municipais, estaduais e nacional, conforme discussão anterior sobre as atribuições de cada instância. Nos casos em que há lacunas de informação, podem ser feitas suposições (estimativas) e sinalizá-las no plano. É necessário analisar a informação para identificar os temas centrais, causas fundamentais e lacunas que serão abordadas no plano (222).

Na etapa de desenvolvimento das estratégias, é necessário identificar os fatores que contribuem com o problema. Por exemplo, o problema de dotação deficiente de pessoal pode ser resultado de más condições de trabalho, de falta de pessoal qualificado para desempenhar tais funções ou de atrativos financeiros melhores para trabalhar em outros lugares. Certos problemas podem estar fora do alcance do plano e outros poderão estabelecer-se como prioridade ou serem abordados em fases posteriores do plano. Os objetivos podem melhorar com a participação de vários agentes envolvidos, como em oficinas e plenárias de discussão do plano (222).

É importante a participação dos grupos de interesses chave e o manejo cuidadoso desta participação. É necessário encontrar formas de proceder que considere tanto o desejo de elaborar o plano rapidamente, como a necessidade de levar a cabo um processo mais longo e complexo para tomar em conta os interesses dos grupos. Nestes

casos, as chances do plano efetivamente ser implementado serão maiores. As consultas podem ser realizadas em diferentes fases do processo. Pode ser apresentado um projeto aos grupos de interesse, em oficina ou reuniões, também pode-se iniciar com a realização desta oficina para que os grupos de interesse exponham suas demandas (222).

Os possíveis grupos de interesse a serem envolvidos no desenvolvimento do plano são os gestores do SUS, as universidades e outras instituições formadoras, representantes do setor privado, ONGs, conselhos profissionais, associações representativas, representantes dos órgãos administrativo e financeiro, de planejamento, representantes dos usuários dos serviços e outros (222).

Deve-se explicitar, em fase inicial do processo de planejamento, qual é o alcance do plano e qual o período de duração. Para ser estratégico, um plano deve abarcar um período de três anos ou mais. Pode ser útil, incluir o plano em outros ciclos de planejamento. Apesar dos planos estratégicos poderem incluir projeções de pessoal de 10 a 20 anos, as estratégias devem se limitar a abarcar o período do plano (222).

A definição de um objetivo mais geral, que se relacione com os planos mais amplos de provisão de serviços de saúde e com o modelo assistencial que se pretende construir. Um objetivo geral característico dessa fase seria incrementar o número de trabalhadores de saúde qualificados e distribuídos de forma equitativa em todo o país, em determinados níveis do sistema. O objetivo servirá de enfoque para o desenvolvimento de estratégias e pode ajudar a estabelecer alguns princípios para guiar o processo e o conteúdo do plano (222).

Muitas vezes, para possibilitar uma maior utilidade e credibilidade do plano, inicia-se com uma análise das circunstâncias atuais (o contexto mais geral e os aspectos relacionados com a situação dos recursos humanos) e pode incluir projeções de dotação de pessoal, apontando o que ocorreria, caso algumas ações fossem ou não desenvolvidas. A análise pode indicar que são necessárias muitas estratégias para melhorar a situação da dotação de pessoal. No entanto, em função das limitações de recursos, será necessário ordenar tais estratégias de acordo com prioridades. Nesta fase, podem não ser incluídas estratégias que foram apontadas no início do processo de planejamento ou que o processo seja postergado para incluí-las em uma etapa posterior. A principal orientação, ao se

estabelecerem prioridades, será considerar qual seria a melhor forma de alcançar o objetivo do plano (222).

Vários desafios precisarão ser enfrentados, desde os conflitos de interesses dos grupos envolvidos, que vão requerer um equilíbrio entre as estratégias de curto prazo e aquelas de um prazo mais longo. Alguns problemas de dotação de pessoal nas instituições de saúde têm sido provocados pela ausência de institucionalização de práticas estruturadas de planejamento, entretanto, esta ausência deve-se apenas em parte à insuficiente capacidade de gestão nos municípios, estados e governo federal. Em grande medida, o papel que o Estado assumiu nas últimas décadas, não só no setor saúde como em toda a área social e na esfera da produção e reprodução do capital, tem imposto limites aos objetivos de ampliação da oferta de serviços públicos de saúde e incentivado o crescimento do setor privado, de acordo com interesses econômicos e políticos de determinados grupos e classe social.

Para assegurar força de trabalho qualificada e equitativamente distribuída, mais que oferecer cursos de capacitação, é necessário implementar estratégias complexas que envolvem a definição de pessoas responsáveis pela estratégia ou atividade, tarefas específicas para traduzi-las em realidade, viabilização de recursos indispensáveis para a execução do plano e o tempo necessário, além da supervisão constante dos planos operativos detalhados ao longo do período. Indicar quais as fontes de financiamento do plano e quais os indicadores para o monitoramento e avaliação da execução e resultados obtidos também é essencial para o êxito do projeto. Este ciclo de "planejar, atuar e revisar" é o que permite que o plano geral permaneça flexível e apropriado, além de ser um processo de aprendizagem para que nos próximos planos não se cometam os mesmos equívocos (222).

Martineau e Caffrey (222) sintetizaram alguns pontos importantes, que devem ser salientados em relação ao processo de planejamento estratégico da força de trabalho em saúde:

> 1. o planejamento estratégico é um processo interativo e não uma ação individual;
> 2. deve-se enfatizar o pensamento estratégico mais que o documento;
> 3. é necessário envolver os grupos de interesses apropriados e desenvolver o processo de modo simples e em tempo adequado;

> 4. é necessário assegurar que as estratégias abordem as causas fundamentais e que sua implementação seja factível (222).

No quadro a seguir, são apresentadas as principais questões que os autores indicam para que, no processo de planejamento, atente-se quanto ao caráter "estratégico" do plano.

Quadro 1. Lista de verificação para desenvolver um plano estratégico para a FTS

1. Trata-se de um plano estratégico geral para a FTS ou um plano mais específico para a equipe de trabalho?
2. Existe uma demanda evidente de um plano de recursos humanos para a saúde? O plano contará com o respaldo de pessoas ou grupos influentes que o promovam ou que o defendam?
3. O desenvolvimento do plano implicará um pensamento estratégico real ou simplesmente se trata de um exercício teórico?
4. Existe uma liderança forte e eficaz para o desenvolvimento e implementação do plano?
5. Existe uma equipe com integrantes que tenham competência e habilidades apropriadas para desenvolver o plano?
6. Quais grupos de interesses deveriam participar do desenvolvimento do plano e quais deveriam ser consultados?
7. Existe um plano de trabalho com pressupostos para o desenvolvimento do plano? Qual a sua complexidade? Quanto tempo será necessário para elaborar o plano?
8. Qual é o processo de apreciação e aprovação do plano e quem realizará?
9. Quais dados estão disponíveis atualmente? Foi realizada uma "exploração ambiental"? Quais informações podem ser coletadas antes de iniciar o desenvolvimento do plano? Quais dados serão coletados durante a elaboração do plano?
10. Qual é o alcance do plano?
11. Qual é o objetivo geral?
12. Quais são as estratégias para alcançar o objetivo? Estão embasadas na análise das causas do problema?
13. Quais recursos já estão disponíveis? Quais as lacunas (o que falta)?
14. O plano inclui estratégias para a gestão de mudanças?
15. Como será monitorada a implementação do plano e como ele será atualizado periodicamente?

Fonte: Martineau e Caffrey (222).

Para o cálculo da necessidade da força de trabalho em saúde poderão ser necessários os seguintes dados:

a) **informações sobre a população geral** (número total de habitantes, taxa de crescimento populacional, população por região, taxa de crescimento da população por região, indicadores econômicos – orçamento);

b) **informações sobre o mercado de trabalho** (quantitativo da força de trabalho em saúde, custos, quadro de pessoal por categoria, quadro de voluntários, distribuição regional/áreas com escassez de profissionais, custos por categoria profissional, média salarial/categoria,

incentivos por produtividade, custos por funções gratificadas, projeção de necessidade/demanda da força de trabalho, taxa de aposentadorias, migrações, óbitos e demissões);

c) **informações sobre a formação profissional** (instituições formadoras, nº de graduados/ano, taxa de evasão, nº de alunos, localização das instituições formadoras, percentual de estudantes com origem nas regiões onde estão localizadas as instituições formadoras, custos relacionados à formação dos profissionais de saúde/outros profissionais, natureza jurídica das instituições formadoras (públicas, privadas, projeções de alterações nos custos para formação de profissionais, financiamento das mudanças projetadas, orçamento necessário).

Algumas iniciativas já foram relatas anteriormente, quanto à consolidação de sistemas de informações com os dados necessários ao planejamento da força de trabalho em saúde, principalmente após a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, e das articulações do Ministério da Saúde com instituições de ensino-pesquisa e outras organizações como a OPAS. Analisa-se que estas são etapas importantes e que devem ser mantidas e ampliadas, com participação de outras instituições do país para o fortalecimento do processo de planejamento da FTS para o SUS.

Em razão da necessidade de dados oportunos e confiáveis sobre a força de trabalho em saúde para a tomada de decisões em diversos países, a OMS tem desenvolvido, em conjunto com outras organizações, algumas ferramentas de coleta de dados sobre recursos humanos em saúde disponibilizadas na *web* e algumas já utilizadas em alguns países. Dentre elas, a *WHO Service Availability Mapping* (Ferramenta de serviços de mapeamento de disponibilidade) que possibilita o levantamento dos recursos humanos nos sistemas de saúde, público e privado, de acordo com sua distribuição em distritos e instituições; o "Censo de recursos de saúde *JICA*", desenvolvido pela Agência de Cooperação Internacional Japonesa (JICA); a ferramenta de avaliação de recursos humanos de saúde, que inclui quatro instrumentos para coleta de dados nos níveis nacionais e institucionais, bem como uma amostra dos prestadores de cuidados de saúde, incluindo formação da força de trabalho, competências, regulação, distribuição demográfica, remuneração e duplo emprego; a ferramenta *Service Provision Assessment* para avaliação dos serviços de provisão (ou prestação de serviços) que possibilita o cruzamento de dados

sobre a atual força de trabalho e as normas (padrões) sobre o número de pessoal por meio do levantamento de uma amostra das unidades de saúde; a ferramenta *PHRplus survey,* possibilita a coleta de dados sobre o número, distribuição e competências (*skill mix*) dos recursos humanos nos serviços públicos de saúde; e a ferramenta *Facility Audit of Service Quality* para auditorias sobre a qualidade dos serviços que, apesar de não ter sido projetada para uso em níveis nacionais, pode auxiliar no levantamento de informações sobre o atual quadro de pessoal, as normas e qualificação de pessoal (224).

Identificar quantas pessoas estão atuando no setor saúde, suas características e distribuição é a necessidade mais elementar para o planejamento da força de trabalho em saúde. A dificuldade está em obter dados apresentados de forma apropriada e na construção de indicadores relevantes a partir dos dados e fontes existentes ou do levantamento de novas fontes. Indicadores que apontem a composição da força de trabalho entre os diferentes profissionais de saúde que a compõem e os vínculos empregatícios que possuem podem ser de extrema importância para identificar desequilíbrios na oferta e demanda por determinados profissionais e as condições de trabalho, remuneração e expectativas destes profissionais (224).

Dreesh *et al.* (225) indicam que a necessidade de planejar o número, as competências e a distribuição adequada de profissionais de saúde tem sido um dos desafios para alguns países atingirem as Metas de Desenvolvimento do Milênio[44]. Três das oito metas são relativas à questão da saúde e objetivam reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças. A forte dependência da força de trabalho para o alcance destas metas é apontada pela OMS como uma das principais restrições, dentre o fraco comprometimento político e de restrições financeiras, deficiências na gestão e organização, acesso insuficiente a medicamentos e uma atenção primária desestruturada.

As principais restrições relacionadas à força de trabalho em saúde para ofertar serviços adequados, atualmente, de acordo com Dreesh *et al.* (225), são:

1. número inadequado de pessoal devido ao baixo financiamento;
2. distribuição desigual da força de trabalho em diferentes níveis;
3. alto desgaste e baixas taxas de substituição/reposição;

[44] Para maiores informações sobre as "Metas de desenvolvimento do milênio" ver www.pnud.org.br.

4. formação inadequada com currículos desvinculados das necessidades;
5. políticas de desenvolvimento de recursos humanos insuficientes, baixa remuneração e más condições de trabalho e carreiras desestruturadas;
6. alta rotatividade de pessoal;
7. falta de suporte ou supervisão de apoio;
8. falta de integração com o setor privado;
9. pouco acesso às fontes de informação e conhecimento e baixa moral e motivação.

Dreesh *et al.* (225) propõem uma abordagem para estimar a força de trabalho necessária para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio que envolvem os seguintes passos:

i. Identificar as necessidades de serviços, baseada na incidência e prevalência dos problemas de saúde, características demográficas da população e (internacionalmente) as metas estabelecidas para o milênio ou nos níveis nacionais, os objetivos estabelecidos nos planos de saúde;
ii. identificar as necessárias intervenções a serem oferecidas pelos serviços, em cada nível de assistência[45], baseada em estratégias propostas para cada programa;
iii. identificar as tarefas e competências/habilidades necessárias para ofertar cada intervenção identificada no item anterior, em cada nível de assistência, utilizando uma análise funcional de trabalho (tarefa, ocupação)[46];
iv. estimar o tempo necessário para cada intervenção, em cada nível, baseada em opiniões de especialistas ou em dados de pesquisas que estabeleceram tempo/movimentos, expressos em tempos necessários para o período integral;
v. identificar possíveis sobreposições ou sinergias entre competências/habilidades, ou entre vários programas, e uma possível economia de tempo por meio da combinação de várias competências, construindo a produtividade;
vi. estimar equivalência de tempo integral ajustada.

[45] Os níveis propostos por Dreesch *et al.* (225) são: nacional, estadual, distrital, hospitalar, centros de saúde e outros recursos de saúde em níveis inferiores na hierarquia da rede de serviços, atividades comunitárias.

[46] Estas tarefas podem estar definidas em documentos que indicam qual profissional executa qual procedimento, para quem ou para o que, baseando-se em quais instruções ou fontes de informações, utilizando quais instrumentos, ferramentas equipamentos ou auxiliares, a fim de produzir quais resultados. A descrição dos conhecimentos, competências e habilidades necessários para o desenvolvimento de cada tarefa é fundamental para estimar a necessidade de pessoal de saúde. As tarefas podem ser categorizadas em atividades de gestão, prevenção, diagnóstico, tratamento, aconselhamento, farmacêutico, vigilância, gerenciamento de dados, ações para mudanças de comportamentos sociais (225).

O método proposto supõe uma possível redistribuição de tarefas entre os profissionais existentes, mobilização da comunidade e de outros setores e recursos, além da saúde. No entanto, deve-se ponderar sobre as propostas referentes à redistribuição de tarefas com o intuito de precarizar a assistência, como por exemplo, quando se transfere responsabilidades de profissionais qualificados para outros de formação insuficiente, como estratégia de redução de custo e ampliação da produtividade. Assim como analisar criticamente as propostas que buscam estabelecer padrões de tempos/movimentos, com base na opinião de especialistas, com o objetivo de economizar tempos para ampliar a produtividade, desconsiderando as singularidades do processo de trabalho em saúde e em cada equipe, em cada território. Ressalta-se a importância da necessária discussão com os sujeitos envolvidos – equipes de saúde e usuários – para que se possa elencar indicadores qualitativos deste processo (satisfação e realização profissional, satisfação quanto ao atendimento prestado e recebido, modos alternativos de desenvolver atividades comuns etc.) ao lado dos indicadores quantitativos expressos pelos autores.

Masnick e McDonnell (226) também apresentaram um modelo representativo, na forma de mapa, para auxiliar no planejamento da composição da força de trabalho em saúde baseando-se nas duas abordagens principais do planejamento de recursos humanos em saúde: a oferta e a demanda. Buscaram articular o planejamento da força de trabalho em saúde aos fatores macrodeterminantes, numa visão sistêmica dinâmica do planejamento e do sistema de saúde. No planejamento deveriam ser previstas várias alternativas de cenários para a escolha do mais apropriado. Indicam que a maioria das ferramentas para planejamento de recursos humanos em saúde tem abordado as categorias profissionais isoladamente, na maioria médicos ou enfermeiras(os).

O modelo proposto inicia com três componentes básicos: a população a ser atendida, a força de trabalho a ser ofertada e a carga de trabalho gerada por ambas. Cada um desses componentes foi ampliado, buscando-se apresentar alguns de seus determinantes ou fatores condicionantes, conforme a proposta do modelo. Por exemplo: as necessidades de saúde ou necessidade de atenção do setor saúde geram as demandas por cuidado que constitui parte da carga de trabalho dos profissionais de saúde, esta demanda é conformada por fatores culturais, sociais, econômicos e políticos. Estas condições, conformando a demanda, também influenciarão na carga de trabalho dos serviços de saúde. De acordo com

estes autores, as atuais planilhas de “estoque e fluxo” de pessoal de saúde são, essencialmente, um "jogo de números". A intenção dos autores foi apresentar um modelo mais abrangente do planejamento e as forças que o integram, além das atuais planilhas quantitativas. Porém, ao concluir, questionam-se sobre a factibilidade e aplicabilidade deste modelo, principalmente nos países em desenvolvimento, cujos dados são escassos e dispersos.

De acordo com a OMS (227), o ponto inicial de qualquer plano é a análise da situação da força de trabalho incluindo os principais fatores que poderão influenciar o número e composição no futuro. As projeções servirão para explorar opções entre várias futuras ações políticas factíveis, (para a OMS, em termos de custo principalmente), para equilibrar a demanda de profissionais em relação às necessidades. Do ponto de vista desta organização, as questões relacionadas ao orçamento, em função de mudanças nos salários e benefícios, à valorização de uma ou outra categoria profissional, incluindo substituição de categorias por outras e a relação entre o setor privado e o público, nos campos da formação de profissionais, deveriam fazer parte do momento inicial do plano.

Da mesma forma, deveriam ser identificadas as variáveis que determinam a necessária força de trabalho: crescimento demográfico e mudanças, legislação e políticas de saúde relacionadas à FTS, mudanças tecnológicas, carga de doenças, utilização de serviços, padrões de qualidade, eficiência organizacional, composições de competências (especialidades); demanda e expectativas; disponibilidade e fontes de recursos de financiamento. A capacidade de identificar estas variáveis pode determinar a abordagem ou tipo de método/ferramenta a ser utilizada no planejamento (227).

A OMS apresenta como abordagens comumente utilizadas para projetar a necessidade da força de trabalho em saúde: i) o método da razão força de trabalho por população (ex. nº de médicos/1.000 habitantes); ii) método baseado nas necessidades de saúde (número e tipos de serviços necessários para responder a determinados padrões de doenças e agravos); iii) método baseado na demanda de serviços (projeta futuramente o padrão atual de utilização dos serviços) e; iv) método baseado em metas de produção de serviço a serem atingidas. De acordo com a OMS, todas as abordagens possuem vantagens e limites, sendo que os relatos de experiência têm apontado a pouca disponibilidade dos dados como dificuldade mais comum entre elas (227).

Conforme divulgado pela OMS, estão disponíveis gratuitamente vários modelos e ferramentas para assessorar países a planejar a força de trabalho em saúde. Entre estes, estão o modelo da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001)[47]; o modelo do Centro Regional de Treinamento da agência regional do Pacífico-Oeste da OMS (WPRO/RTC), elaborado por Dewdney (2001)[48]; o modelo do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas elaborado para apoiar o alcance das "Metas do Milênio" (UN Millennium Project, 2007)[49]; e, recentemente, a ferramenta para projeção da força de trabalho do Pacífico-Oeste (WWPT), elaborada pela OMS (WHO, 2008)[50] e o programa iHRIS Plan (Capacity Project, 2008)[51](227).

Os trabalhos apresentados, a partir da revisão de autores recentes que trataram da questão do planejamento da força de trabalho em saúde, indicam que a falta de opções metodológicas ou técnicas não tem se configurado como o principal motivo para a ausência das práticas de planejamento nas instituições de saúde. As condições para que estas metodologias sejam, efetivamente, executadas, que extrapolam as questões técnicas, deverão ser analisadas mais atentamente, considerando os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários – para que estratégias de maior impacto sobre a gestão do trabalho possam ser efetivadas, no sentido de garantir trabalhadores de saúde com condições de trabalho adequadas para promover saúde por meio de serviços de acesso universal, integral e igualitário à população.

---

47 World Health Organization (2001). Human Resources for Health: models for projecting workforce supply and requirements. Geneva, WHO. Disponível em http://www.who.int/hrh/tools/models.pdf.

48 Dewdney J (2001). WPRO/RTC Health workforce planning workbook. Sydney, Australia: Centre for Public Health, University of New South Wales. Disponível em: http://www.who.int/hrh/tools/planning_workbook.pdf.

49 United Nations Millennium Project (2007). MDG needs assessment methodology: integrated health costing tool. New York, UNDP. Disponível em: http://www.gm.undp.org/Reports/Preparing%20national%20strategies%20to%20achieve%20the%20MDGs.pdf.

50 World Health Organization (2008). WWPT: WPRO workforce projection tool, version 1.0. Manila, WHO Western Pacific Regional Office. Disponível em: http://www.wpro.who.int/sites/hrh/.

51 Capacity Project (2008). iHRIS Plan: workforce planning and modeling software. Disponível em: http://www.capacityproject.org/ hris/suite/ihris_plan.php.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte do trabalho, antes de apresentar as principais "conclusões" obtidas por meio da pesquisa realizada, será relembrado o percurso desta trajetória e que, também, pode ser considerado resultado desta pesquisa, embora omitido nas discussões explícitas no desenvolvimento desta tese. A questão central que direcionou as análises apresentadas neste trabalho não foi a primeira apresentada no momento da proposição deste estudo, por ocasião da participação na seleção para o doutorado. Inicialmente, buscava-se uma resposta à pergunta: "*quais os critérios técnico-epidemiológicos poderão ser úteis à definição da composição da equipe de saúde da Atenção Básica, que supere a atual proposta de 'equipe mínima' calcada em um único parâmetro quantitativo, o número de habitantes de um espaço geográfico?*" Pretendia-se propor critérios técnico-epidemiológicos que definissem a composição da equipe de saúde da Atenção Básica, criando instrumento específico para ser aplicado em territórios área de abrangência a fim de caracterizar a população sob responsabilidade da equipe de saúde. E, especificamente, buscava-se:

1. Identificar a existência de estudos que apontassem possíveis critérios a serem contemplados pelo instrumento a ser elaborado.
2. Relacionar as atividades específicas dos profissionais de saúde que pudessem compor a equipe de saúde da Atenção Básica com as atividades propostas pelo Ministério da Saúde para este nível de assistência.
3. Identificar sistemas de informação de saúde que pudessem contribuir para a caracterização das necessidades da população de um território sob responsabilidade de uma equipe de saúde da Atenção Básica.
4. Propor instrumento para identificação dos critérios técnico-epidemiológicos, apresentados a partir deste estudo para uso dos responsáveis pelo sistema municipal de saúde que apontasse as características da população que auxilia na definição da composição das equipes de saúde.
5. Realizar a validação do instrumento construído.

Porém, já no desenvolvimento do primeiro objetivo, foram identificados dois pressupostos que mudaram o curso da pesquisa: 1) a existência de inúmeros modelos e técnicas para o planejamento de "recursos humanos em saúde", que poderiam ser úteis ao primeiro nível assistencial; 2) diversas análises críticas a respeito da concepção que compreende o plano como resultado da aplicação de "técnicas" pautadas em diagnósticos da realidade, realizados, sobretudo, a partir de dados epidemiológicos, quantitativos e que priorizavam o "controle" de determinadas variáveis como a ação política de determinados agentes dentro do sistema de saúde.

No tipo de planejamento que estava sendo proposto, acreditava-se que a ausência dos tais critérios técnicos era a razão para a ausência do planejamento da força de trabalho para a Atenção Básica. O argumento da ausência de planejamento da força de trabalho para a saúde não é falso. De fato, ao analisar historicamente as políticas de saúde voltadas à gestão e ao planejamento da força de trabalho no contexto pós-constitucional (e este, apesar de se constituir no terceiro capítulo desta tese, foi, na realidade, o primeiro passo dado em direção à compreensão do problema), foi possível identificar que o Estado se omitiu das questões relacionadas aos trabalhadores de saúde que compõem o SUS: desde a formação até a distribuição destes trabalhadores pelo sistema de saúde, mediante as necessidades prioritárias e os direitos sociais e de saúde conquistados pela população e indicados regularmente em todas as conferências de saúde. Identificar a falta do planejamento, por si só, não foi suficiente para compreender as razões do "não-planejamento" da força de trabalho, haja vista a "consciência" da sua necessidade e importância indicada desde o início da construção do SUS em diversos documentos oficiais.

No primeiro projeto, estava sendo subestimada a força que os envolvidos no processo possui para fazer avançar ou retroceder a definição de uma política social, compreendendo o processo de planejamento inserido nesta política. Desde a definição de quais necessidades serão atendidas, como serão atendidas e quais resultados poderiam ser alcançados com tais políticas, julgava-se necessário "controlar" as interferências "políticas" para poder avançar em direção ao preconizado pelo ideário do SUS. Portanto, a existência de uma planilha, de uma matriz baseada em critérios epidemiológicos poderia "neutralizar"

a ação política daqueles que tinham intenções contrárias, por que mostraria determinadas necessidades como "verdadeiras", "isentas" de manipulação externa.

No desenvolvimento do primeiro objetivo, portanto, pode-se verificar que não faltavam propostas técnicas de planejamento de "recursos humanos em saúde", que indicassem como início da ação a identificação das necessidades de saúde, levantadas a partir dos conhecidos indicadores demográficos e epidemiológicos. Esta não era a lacuna que precisava ser preenchida com a apresentação de mais um modelo de metodologia para planejar a quantidade e o perfil de trabalhadores e profissionais para contribuir com a consolidação do SUS.

A pesquisa bibliográfica conduzida para alcançar este primeiro objetivo mostrou que, ao mesmo tempo em que depende de conhecimento técnico, o processo de planejamento da força de trabalho em saúde ou a possibilidade de planejá-la, de acordo com as necessidades e direitos sociais, está condicionado, dentre outros fatores, ao modelo de atenção à saúde vigente, à resistência ou ao apoio de determinados sujeitos e grupos de interesses relacionados ao tema, que conseguem fazer prevalecer suas concepções sobre quais necessidades serão priorizadas, além de determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores de saúde estão articulados a escolhas políticas, valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde.

Não fosse o planejamento da força de trabalho em saúde (ou a ausência dele) um ato político, o que explicaria o fato de, no Brasil, a cobertura das equipes de saúde da família ser maior nas áreas onde há menos médicos disponíveis? Este foi um dos achados do processo desta pesquisa que ilustra parte do problema da ausência do planejamento: no Nordeste brasileiro as equipes de saúde da família cobrem 65% da população, apesar de esta região apresentar 1,01 médicos por mil habitantes, enquanto, na região Sudeste, que apresenta a razão de 2,31 médicos por mil habitantes, a cobertura pelas equipes é de apenas 32% da população.

Como explicar o fato de, apesar de a razão de médicos/habitantes, no Brasil, ser o dobro do recomendado pela Organização Mundial de Saúde[52], há insuficiência de

[52] A OMS recomenda uma razão de 1000 habitantes para cada médico. No Brasil, existe 1 médico para cada 544 habitantes, aproximadamente.

médicos para compor as equipes de saúde da família e ampliar a cobertura da Atenção Básica, principalmente em áreas onde esta razão é maior que a preconizada? Há médicos suficientes no Brasil, mas não na Atenção Básica. Por quê?

Estas foram questões derivadas do processo de pesquisa e que foram induzindo outras leituras, outras fontes de pesquisa e afastando a pesquisa da questão inicialmente apresentada.

Compreendendo que o planejamento da força de trabalho em saúde estava vinculado à determinada forma de organizar os serviços de saúde, buscou-se compreender os motivos para a atual conformação do sistema de saúde no Brasil. Identificou-se, por exemplo, que o interesse em fortalecer os níveis secundários e terciários de assistência – que equivalem à média e alta complexidade – é maior do que o de consolidar a Atenção Básica, tendo em vista que, estes níveis de atenção são mais funcionais aos objetivos de acumulação de capital, pois no espaço dos serviços hospitalares e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia, a possibilidade de circulação e consumo das mercadorias produzidas pela indústria hospitalar e farmacêutica é maior. Isto ocorre por que, em parte, o processo de trabalho destes níveis de atenção exige mais a utilização de tecnologias duras e leve-duras do que a Atenção Básica, pautada em processos de trabalho que exigem mais tecnologias leve e que, portanto, não têm o potencial de consumo (e produção de lucro) dos outros níveis.

Entretanto, dependendo do modo como se organize o primeiro nível de assistência, este também pode ser mais funcional aos propósitos do sistema capitalista ou, ao contrário, ser um importante espaço de tensão e resistência aos interesses hegemônicos. Quando a Atenção Básica está configurada para ser um nível complementar aos demais, operando apenas como captadora de parcelas de uma clientela antes excluída da possibilidade de consumir serviços de saúde e restrita a conduzir tal clientela aos outros níveis, sem a resolutividade majoritária dos casos atendidos, está favorecendo e ampliando o consumo dos serviços ofertados nos níveis secundário e terciário da assistência e, desta forma, incentivando respostas medicalizantes na lógica do capital. Mas, quando na Atenção Básica é o principal acesso da maioria da população aos serviços de saúde que obtém, neste nível, a resolução para maior parte dos problemas vividos, dispensando encaminhamentos desnecessários aos outros níveis e orientando a oferta de serviços especializados, pode-se

contribuir para consolidar modelos assistenciais centrados nas necessidades e nos direitos historicamente conquistados.

Há diferenças a serem consideradas no planejamento da força de trabalho em saúde, especialmente para a Atenção Básica, quando se escolhe um ou outro modo de organização das ações e serviços de saúde. Desde o número de trabalhadores necessários para uma Atenção Básica de caráter universal e outra, focalizada e compensatória, até o perfil dos profissionais, de comprometimento político com cada uma das propostas, e a compreensão do funcionamento do sistema como um todo, será diferente.

No Brasil, a política de recursos humanos, herdada do sistema de saúde anterior, apresentava diversas inadequações às pretensões do SUS, ultimamente trazidas à tona com a dificuldade de ampliação da Estratégia de Saúde da Família e a retomada do discurso da Atenção Básica como prioridade na agenda nacional da política de saúde. A dificuldade de fixação de profissionais de saúde na rede básica e em algumas regiões do país, a alta rotatividade dos profissionais nas equipes de atenção básica (mais de 70% dos profissionais não permanecem mais que dois anos em cada equipe), a precarização de vínculos e contratos de trabalho para manter o serviço e, ao mesmo tempo, cumprir a Lei de Responsabilidade Fiscal têm chamado a atenção de gestores e pesquisadores, ainda hoje, no campo do planejamento e da gestão do trabalho em saúde e dos recursos humanos.

Foram identificadas ações recentes do Ministério da Saúde, por meio de portarias específicas[53], para estimular profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) a trabalharem na Estratégia de Saúde da Família em localidades de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade. Porém, conforme analisado no desenvolvimento do segundo capítulo, as regiões Sul e Sudeste são as que apresentam coberturas mais baixas da Estratégia Saúde da Família, mas não são de difícil acesso nem apresentam indicadores econômicos e sociais que expressem as piores condições de vida do país. Ao contrário, por apresentarem melhores condições econômicas, tornam-se regiões de grande potencial para o mercado consumidor de planos e seguros de saúde privados e a Estratégia Saúde da Família, eleita pelo nível federal como a principal estratégia para alavancar a Atenção Básica, tem ficado restrita às regiões pobres, cujo

[53] Portaria nº 2.087, de 1 de setembro de 2011, que institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (228).

mercado consumidor é limitado para a aquisição de planos, seguros de saúde ou pagamento privado pela assistência.

Ao mesmo tempo, mas ao contrário do que ocorre com a categoria médica, diversas publicações em periódicos da área de saúde têm divulgado a pretensão de outras categorias profissionais de comporem as equipes de atenção básica, apresentando os argumentos favoráveis à inclusão das mesmas para atuarem junto a estas equipes. Estas categorias, no entanto, se valem da ausência do Estado na regulação profissional e do trabalho no campo da saúde para levantar demandas pautadas muito mais na perspectiva de reserva de mercado, de reivindicação de exclusividade em determinadas áreas do que no interesse público de constituição de um sistema de saúde público, universal e resolutivo.

Estas questões foram percebidas no desenvolvimento do segundo objetivo inicialmente proposto. As dificuldades para identificar e, por meio da análise das leis do exercício profissional de cada categoria, estabelecer atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde, impediram a proposição de outras composições das equipes de Atenção Básica a partir das funções profissionais. As tarefas alegadas como exclusivas a cada profissão são descritas de maneira tão genérica e ampla que, para compor uma equipe capaz de oferecer atenção "integral", deveriam ser incluídos todos os tipos de profissionais.

Neste aspecto, pode-se apontar a inadequação do perfil e da formação profissional para atuação no SUS e na Atenção Básica, mas não se trata de uma deficiência nos aspectos técnicos, no "saber-fazer" destes profissionais. Existe uma carência no caráter político da formação dos profissionais de saúde, que pode gerar uma compreensão e uma intervenção para além dos interesses imediatos e particulares de cada categoria. Permitiria compreender que a participação na Atenção Básica não precisa ser compondo diretamente as equipes de referências ou equipes de Saúde da Família, poderiam inserir-se em equipes de apoio, como propõem os NASFs, por exemplo. Estes, por sua vez, seriam estruturados em número quantitativamente superior ao atual, tendo em vista a universalização da Atenção Básica e a necessária ampliação da resolutividade da assistência, que seria resultado da sinergia entre as equipes de referência e as equipes de apoio matricial.

Entretanto, a pesquisa realizada indicou que a ausência do Estado não ocorreu apenas nas ações de regulação profissional e do trabalho. Na área da educação e formação também não foram identificados esforços dos gestores no sentido de direcionar a abertura

de novos cursos ou na definição das especialidades prioritárias, requeridas para as diferentes regiões do país, em função das necessidades sociais e prioridades do sistema de saúde, ao contrário, têm prevalecido os interesses de mercado e os interesses corporativos. O aumento de cursos na área da saúde, principalmente em instituições privadas de ensino e em regiões que já apresentam sobre oferta de profissionais, é outro obstáculo para o planejamento da força de trabalho em saúde. Depois de formados, estes profissionais pressionarão, legitimamente, políticas de emprego e ocupação, principalmente, nas áreas de maior prestígio e *status* social, com maior possibilidade de retorno financeiro, de acordo com a cultura e ideologia hegemônica.

Portanto, a formação profissional, além de ser dirigida às áreas prioritárias, de acordo com os interesses do sistema de saúde, e não das corporações, deve possibilitar aos futuros profissionais uma compreensão mais abrangente do sistema de saúde, da Atenção Básica, para entender que este nível não se restringe às equipes de Saúde da Família, e que profissionais com formação especializada podem (e devem) fazer parte da Atenção Básica, mas em outros espaços, de acordo com as necessidades do sistema de saúde, para aumentar o poder resolutivo e a capacidade de olhar o sujeito integralmente. Esta compreensão pode exigir mais do que o entendimento "técnico" do que é, quais os objetivos e as diretrizes do sistema de saúde. Pode exigir capacidade de discernir que a realidade dos serviços é diferente da expressa nos livros, nas leis e nas salas de aula, mas não por que os sujeitos que participam não sabem como fazer, talvez, por que não tenham (ainda) as condições para fazer.

Para que a força de trabalho em saúde faça a diferença nos serviços de saúde é necessário construir condições políticas, econômicas e sociais que, de fato, tornem viável o processo de trabalho em direção ao SUS que se deseja construir. Ao contrário, aparentemente, a "teoria do capital humano" que argumenta ideologicamente em defesa da escolarização do trabalhador para aumentar a produtividade, na saúde, tem se utilizado da "formação profissional inadequada" para explicar, ideologicamente, a ineficiência do sistema de saúde, que tem, em outros mecanismos, a razão para manter a sua ineficiência, conveniente para alguns.

Então, espaços coletivos de encontro entre acadêmicos, trabalhadores de saúde, docentes, representantes das categorias profissionais, usuários e gestores, poderiam se

constituir em meio para a viabilização de estratégias de identificação e construção das condições necessárias para "fazer diferente", para relativizar o peso da responsabilidade atribuída aos trabalhadores de saúde pelos insucessos do sistema, dos programas de saúde e pelos resultados possíveis de serem alcançados.

As análises sobre as condições em que se dava o processo de planejamento em saúde e da força de trabalho conduziram a outras questões, tais como: quais relações podem ser estabelecidas entre estas constatações e a possibilidade de planejar a força de trabalho a partir das necessidades e do direito à saúde? Diante de tamanhas dificuldades, ainda é possível pensar em planejamento da força de trabalho para a Atenção Básica?

Matus afirmou, no texto *O plano como aposta,* que, entre situações de total controle sobre as variáveis e sobre os resultados de uma ação e outras nas quais se submete a processos nos quais são arrastados por circunstâncias que não controla, os homens têm diferentes possibilidades e limites para elaborarem planos. No entanto, o autor adverte: "se não pode ser potente na adversidade e cede ante à improvisação, com muito mais razão esta última o deslocará das condições favoráveis" (229).

Assim sendo, é imprescindível que o movimento sanitário em defesa do SUS permaneça mobilizado, mesmo diante das condições mais difíceis para a consolidação de princípios como a universalidade, a integralidade, a igualdade no acesso, pois, condições mais favoráveis devem ser construídas por aqueles mesmos que conseguem identificar o quão longe ainda se está de conseguir o sistema de saúde que se consagrou na lei.

As mudanças necessárias no campo das políticas voltadas para a força de trabalho, para superar o atual projeto político de Atenção Básica "pobre para pobres", focalizado, compensatório e sem resolutividade, para avançar rumo a um sistema de saúde universal, integral, público e resolutivo, dependerão de esforços coletivos que consigam sobrepor os limites impostos pelo Estado mínimo, frente às restrições de políticas econômicas que dificultam a ampliação da oferta de serviços de saúde e, muitas vezes, retrocedem para condições já transpostas em momentos anteriores.

O papel do Estado e o acesso e manejo do fundo público são questões centrais para a construção de alternativas que viabilizem o efetivo planejamento da força de trabalho para a saúde, em favor das necessidades humanas e dos direitos sociais. Porém, conforme indica Frigotto (230), "a questão crucial não é se é um Estado Máximo ou um

Estado Mínimo, mas qual Estado". Concordando com as análises deste autor, "a alternativa que pode incorporar o imenso progresso técnico a favor das necessidades e ampliação da liberdade humana, malgrado o colapso do socialismo real, continua sendo a do socialismo [...] A travessia não comporta fórmulas, mas [...] exige, necessariamente, a radicalização da democracia" (230: 82-83).

Por fim, cabe destacar a importância do acesso a informações confiáveis e de qualidade para a discussão sobre as necessidades a serem priorizadas e legitimadas pelo coletivo dos sujeitos envolvidos na construção do SUS e, principalmente, para o planejamento da força de trabalho em saúde, de acordo com as análises levantadas por meio da pesquisa bibliográfica realizada. Para impulsionar ações capazes de mobilizar esforços no sentido da transformação da atual situação, são necessárias articulações entre as diversas instâncias comprometidas com o sistema de saúde e a organização de espaços mais ampliados para o debate e a compreensão do problema a ser enfrentado.

Desta forma, ressalta-se a importância de futuros estudos e pesquisas, realizados em cooperação entre as instituições de ensino-pesquisa e os serviços, que consigam levantar, a partir da perspectiva dos atores envolvidos, novos subsídios para fomentar o movimento sanitário no direcionamento de políticas amplas de saúde, com a participação dos principais sujeitos implicados no processo: os trabalhadores de saúde e os usuários. A esses sujeitos permanece a tarefa de continuar o duro combate pela construção do Sistema Único de Saúde de caráter universal, igualitário e integral, sonho acalentado há muito tempo, por muitas gerações de sonhadores e lutadores, inscrito na Constituição Federal de 1988 e negligenciado sistematicamente, por diferentes governos portadores de projetos distintos daqueles que historicamente interessam à classe trabalhadora.

REFERÊNCIAS

1. Carta Maior. Atendimento médico infantil no mundo: Cuba tem o 8º melhor sistema, EUA o 15º e Brasil, o 35º [online] 07 de set de 2011 [acesso em 14 de set de 2011] Disponível em: http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=18423.

2. Usaid – The Capacity Project: planning, developing and supporting the health workforce. Final Report 2004-2009. Disponível em: http://www.capacityproject.org/images/stories/capacity_project_final_report.pdf.

3. Camelo SHH. Políticas de recursos humanos: sistema único de saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. Rev enferm UERJ [online], 2009 Out-Dez [acesso em 10 de mar de 2011]17(4):589-94. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a23.pdf.

4. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciênc saúde coletiva [online]. 2002 [acesso em 12 de abr de 2011] 7(2): 373-383. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en.

5. Rovere MR. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. 2. ed. Washington: OPAS-OMS, 2006.

6. Barbosa RHS. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. Rev Trab Educ Saúde [online] jun 2010 [acesso em 07 de set de 2011] 8 (1): 9-26. Disponível em: http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r284.pdf.

7. Pereira PAP. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

8. Nemes M I B. Prática programática em saúde. In: Schraiber L B; Nemes M I B; Mendes-Gonçalves R B. (org.) Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000, p.48-65.

9. Höfling E M. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes, ano XXI, n. 55, nov 2001. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf Acesso em 28 fev 2012.

10. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a

Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html Acesso em 28 fev 2012.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília, 2006.

13. Castiel LD. O técnico e as necessidades em saúde. Cad Saúde Pública [online]. Mar 1985 [acesso em 19 de jul de 2011] 1(1): 18-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000100003&lng=en.

14. Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.

15. Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez; Campinas (SP): Editora da Universidades Estadual de Campinas, 1995.

16. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface (Botucatu) [online]. Dez 2007 [acesso em 06 de jul de 2011] 11(23): 605-618. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300014&lng=en.

17. Coelho, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: Campos, G.W.S.; Guerrero, A.V.P. (org.) Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008, (96-131).

18. Egry EY, Hino P (org.) Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores. São Paulo: Dedone, 2009.

19. Rosemberg, M. (tradução de Frabasile, D.) As doenças que mais venderão em 2012. Disponível em http://www.outraspalavras.net/2011/12/16/as-doencas-que-mais-venderao-em-2012/ Acesso em 20 dez 2011.

20. Schraiber LB, Mendes Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000, 29-47.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2915, de 12 de dezembro de 2011. Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). Disponível em http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110960-2915.html. Acesso em 23 dez 2011(2011b)

22. Faleiros, VP. O que é política social. 5ª ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2007.

23. Rizzotto MLF; Bortoloto O conceito de equidade no desenho de políticas sociais:

pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da Cepal, Interface – comunicação, saúde e educação, v.15, n.38, p.793-803, jul/set 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300014&lng=en. Acesso 15 nov 2011.

24. Morais TCP. Necessidades em saúde e trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e do enfrentamento [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

25. Tomasi E, Facchini LA, Osorio A, Fassa AG. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. Rev. Saúde Pública [online]. Dez 2003 [acesso em 12 de mai de 2010] 37(6): 800-806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600017&lng=en.

26. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-ABRASCO, 2001, 113-126.

27. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública [online]. Ago 2005 [acesso em 03 de fev de 2011] 21(4): 1260-1268. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400029&lng=en.

28. Brasil. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/13375-221.html?q=portaria. Acesso em 15 mar 2011.

29. Merhy, EE; Cecílio, LCO; Nogueira-Filho, RC. Por um modelo assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. [online] Revista Saúde em Debate nº 33 – 1991, p. 83-89.

30. Campos, GWS. Crítica às noções que fundamentam o método de "programação em saúde". In: Campos, GWS. A saúde pública e a defesa da vida. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

31. Campos, GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para o debate. In: Campos, GWS; Merhy, EE.; Nunes, ED. Planejamento sem normas. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

32. Ocké-reis, CO; Santos, FP. Mensuração dos gastos tributários em saúde (2003-2006) Texto para discussão 1637 – IPEA; julho de 2011.

33. Carvalho, B. G.; Martin, G.B.; Cordoni-Jr, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade, S.M.; Soares, D.A.; Cordoni-Jr, L. Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. UEL/ABRASCO, 2001.

34. Albuquerque C, Piovesan M F, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D et al . A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro.

Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2008 Out [citado 2011 Nov 28]; 13(5): 1421-1430. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500008&lng=pt.

35. Paim, J S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

36. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Assistência Médico-sanitária – 1999.

37. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Pesquisa Assistência Médico-sanitária – 2002. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/default.shtm Acesso em: 01 abr. 2011.

38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE [online]. Pesquisa Assistência Médico-sanitária 2009 Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm. Acesso em 01 abr. 2011.

39. Cohn, A; Elias, PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Ed. Cortez, 1996.

40. Silva Junior, A G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

41. Nogueira, R P. Introdução ao estudo do capital nos serviços de saúde. Disponível em www.cebes.org.br

42. Dalmaso, A S W. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Schraiber, L B; Nemes, M I B; Mendes-Gonçalves, R B. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000 (151-163).

43. Triana, AZ. Sistemas Locais de Saúde: uma via para o Sistema Único de Saúde? O caso de São Paulo (1989-1992). [Dissertação] Universidade Estadual de Campinas, Campinas – São Paulo: 1994.

44. Silva, SF; Shimiti, M; Guimarães, ESS; Knott, C. A proposta de SILOS em uma cidade de porte médio. [online] Revista Saúde em Debate nº33, 1991, p.96-100.

45. Rizzotto, MLF; Carvalho, M; Conterno, SFR. As políticas do governo Lerner para o setor de saúde no estado do Paraná (1995-2002). In: Nogueira, FMG; Rizzotto, MLF. Estado e políticas sociais: Brasil – Paraná. Cascavel: Ed. Edunioeste, 2003.

46. Teixeira, CF; Paim, JS; Vilasbôas, AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. [online] Informe Epidemiológico do SUS Volume 7, nº 2, abril, maio e junho de 1998. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=22214

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

48. Nakamura E, Martin D. El método etnográfico en investigaciones sobre necesidades en salud: un análisis sociocultural. In: Egry EY, Hino P (org.) Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores. São Paulo: Dedone editorial, 2009.

49. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública [online]. Set 1993 [acesso em 05 de jul de 2009] 9(3): 237-248. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en.

50. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.) Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006, 767-782.

51. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. Hygeia - Rev. Bras. de Geografia Médica Saúde, 2006 jun [acesso em 03 de set de 2010] 2(2): 47-59 Disponível em: http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=26.

52. Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV (org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

53. Almeida Filho N. Anotações sobre a história da epidemiologia In: Rouquayrol MZ (org.) Epidemiologia e saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994, 1-6.

54. Minayo MCS, Assis SG, Deslandes SF, Souza ER. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. Ciênc saúde coletiva [online]. 2003 [acesso em 29 de abr de 2009] 8(1): 97-107. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100008&lng=en.

55. Rouquayrol Z. Contribuição da epidemiologia. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.) Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006, 319-374.

56. Bonfim C, Medeiros Z. Epidemiologia e geografia: dos primórdios ao geoprocessamento. Rev Espaço para a saúde [online] Dez 2008 [acesso em 05 de nov de 2010] 10(1): 53-62. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n1/Artigo%207%20-%20referente%20ao%2075-2008.pdf.

57. Carvalho MS, Souza Santos R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. Cad Saúde Pública [online]. Abr 2005 [acesso em 29 de abr de 2009] 21(2): 361-378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?

script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200003&lng=en.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Abordagens espaciais na saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

59. Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Inf. Epidemiol. Sus [online]. Set 2002 [acesso em 08 de set de 2010] 11(3): 129-138. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732002000300003&lng=es.

60. Loyola MAR. A Saga das Ciências Sociais na área da Saúde Coletiva: elementos para reflexão. Physis [online]. 2008 [acesso em 05 de mai de 2010] 18(2): 251-275. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200004&lng=en&nrm=iso>.

61. Nunes ED. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. Rev. Saúde Pública [online]. 2006 Ago [acesso em 05 de mai de 2010] 40(spe): 64-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400010&lng=pt.

62. Najar AL, Peres FF. A divisão social da cidade e a promoção da saúde: a importância de novas informações e níveis de decupagem. Ciênc saúde coletiva [online]. Jun 2007 [acesso em 05 de jun de 2010] 12(3): 675-682. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300017&lng=en.

63. Eufrasio MA. A escola de Chicago de sociologia: perfil e atualidade. In: Anais do 33º Encontro do CERU, 2009 [acesso em 25 de jun de 2010] Disponível em: *www.fflch.usp.br/ceru/anais/anais2008_2_ceru01.pdf*.

64. Becker, H. A escola de Chicago. *Mana* [online] 1996 [acesso em 28 de out de 2009] 2(2): 177-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131996000200008&lng=en&nrm=iso>.

65. Chizzotti, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. Revista Portuguesa de Educação [online] 2003: 16 (2) Universidade do Minho Braga, Portugal p. 221-236. Disponível em http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/374/37416210/37416210_5.html Acesso em 05 jan 2012.

66. Mendes EV (org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

67. Tomazi ZFT. Conhecer a realidade local para o planejamento descentralizado. In: Silva SF. A construção do SUS a partir do município. São Paulo: Hucitec, 1996, 29-34.

68. Dalmaso ASW, Sala A, Senna DM. Adscrição da população e recepção da clientela. In:

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000, 194-208.

69. Silva AMR, Oliveira, MSM, Nunes EFPA, Torres ZF. A unidade de saúde e seu território In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L. Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001, 145-160.

70. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública [online]. Jun 2005 [acesso em 08 de set de 2009] 21(3): 898-906. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en.

71. Monken M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde. [Tese - Doutorado] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

72. Carvalho NM. Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS. [Dissertação] Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

73. Brandão CA. Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas (SP): Editora da Unicamp, 2007.

74. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab educ saúde [online]. Nov 2010 [acesso em 23 de fev de 2011] 8(3): 387-406. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso.

75. Pereira R, Paranhos LS. Utilização do cadastro técnico multifinalitário no mapeamento de condições de saúde – a experiência do município de Montes Claros/MG. Informática Pública. [online] 2002 [acesso em 29 de jun de 2009] 4(1): 55-70. Disponível em: http://www.ip.pbh.gov.br/ANO4_N1_PDF/ip0401pereira.pdf.

76. Garbois JA, Vargas LA, Cunha FTS. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. Physis [online]. 2008, 18(1): 27-44 [acesso em 03 de abr de 2010] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100003&lng=en&nrm=iso.

77. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV *et al.* Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciênc saúde coletiva [online]. Set 2006 [acesso em 17 de set de 2009] 11(3): 657-667. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=en.

78. Nahas MIP. Metodologia de construção de índices e indicadores sociais, como instrumentos balizadores da gestão municipal da qualidade de vida urbana: uma síntese da experiência de Belo Horizonte. 2000. [acesso em 13 de abr de 2011] Disponível em: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/migracao_urbanas/02pronex_16_Metodologia_Construcao_Indices.pdf.

79. Nichiata LYI, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Perspectivas evaluativas de las vulnerabilidades en salud. In: Egry EY, Hino P (org.) Las necesidades en salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores. São Paulo: Dedone editorial, 2009.

80. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciênc saúde coletiva [online]. Abr 2007 [acesso em 10 de ago de 2010] 12(2): 319-324. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en.

81. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública [online] 2008 [acesso em 04 de abr de 2010] 24(sup1): 7-16. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en.

82. Mello G, Barcellos Fontanella B, Piva Demarzo M. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS** [online] Jun 2009 [acesso em 31 de out de 2010] 12(2): 204-213. Disponível em: http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203.

83. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2004.

84. Campos GWS. Comentário: reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Saúde Pública [online]. 2006 Fev [acesso em 04 de ago de 2009] 40(1): 34-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100006&lng=en.

85. Hubner LCM, Franco TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Physis [online]. 2007,17(1):173-191 [acesso em 11 de set de 2010]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100010&lng=pt&nrm=iso>.

86. Pagliosa F L; Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, (2008) 32(4), 492-499. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

55022008000400012&lng=en&tlng=pt. Acesso em 28 fev 2012.

87. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. Hist cienc saude-Manguinhos [online]. 2007 Set [acesso em 12 de jan de 2009] 14(3): 877-906. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300011&lng=en.

88. Campos GWS. Debate sobre o artigo de Conill. Cad Saúde Pública [online] 2008. [acesso em 15 de mai de 2010]. 24 Sup 1: S7-S27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300003&lng=en.

89. Anderson, P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader, E; Gentili, P. (Org.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1995 – p. 9-23.

90. Silva, M A. Intervenção e consentimento: a política educacional do Banco Mundial. São Paulo: Autores Associados – FAPESP, 2002.

91. Mota, A E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista In: Serviço social: direitos sociais e competências profissionais - 2009.

92. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978.[acesso em 31 de out de 2010] Disponível em: http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf.

93. World Health Organization. Primary Health Care: report of international conference on primary health care. Alma-Ata – USSR, 6-12 september. Genebra, WHO, 1978. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf.

94. Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. Ciênc saúde coletiva [online]. 2001 [acesso em 11 de abr de 2010] 6(2): 445-450. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=en.

95. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Ciênc saúde coletiva [online] 1999 [acesso em 12 de mar de 2009] 4(2): 263-286. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200004&lng=pt.

96. Organização Pan-Americana de Saúde. Programa de desarrollo de recursos humanos de salud. Observatório de recursos humanos de salud. Washington, D.C. OPAS, 2000.

97. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad Saúde Pública [online]. 2006 Jun [acesso de 10 de ago de 2009]

22(6): 1171-1181. Disponíevl em: http://www.scielosp.org/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en.

98. Rocha JSY, Caccia Bava MCGG. A atenção básica na construção da saúde. Ciênc saúde coletiva [online] Set 2009 [acesso em 25 de abr de 2011] 14(s1): 1340-1343. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800005&lng=en.

99. Pires MRGM, Demo P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. Saude soc. [online]. 2006 [acesso em 12 de ago de 2010] 15(2):56-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200007&lng=en&nrm=iso.

100. Gottems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. Saude soc. [online]. 2009, 18(2):189-198 [acesso em 05 de ago de 2010] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200003&lng=en&nrm=iso.

101. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Contas Nacionais. Contas Nacionais n. 37 – Conta-satélite de saúde – Brasil (2007-2009), Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/default.shtm Acesso em 17 jan 2012.

102. Castro-Santos, L A. 'A Fundação Rockefeller e o Estado nacional (história e política de uma missão médica e sanitária no Brasil)'. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 6, nº 1, de jan.-jun. 1989 - pp. 105-10. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol6_n1_1989/vol6_n1_1989_8notasdepesquisa_105_110.pdf Acesso em 20 jan 2012.

103. Luz M T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. Revista PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva; v.1, n.1, 1991 (p.77-95).

104. IBGE. Censo 2010. Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/ Acesso em 28 fev 2012.

105. Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do ministério da saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. Rev Trabalho Educação Saúde [online] 2010 mar-jun [acesso em 11 de jun de 2011] 8(1):27-53. Disponível em: http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r285.pdf.

106. Oliveira, F. Neoliberalismo à brasileira. In: Sader, E; Gentili, P. (Org.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1995 – p. 24-28.

107. Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

108. Soares LT. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. Rev Bras Enferm. Dez 2000; 53(n. Esp): 17-24.

109. Rizzotto MLF. O Banco Mundial e as políticas de saúde noas anos 90: um projeto de desmonte do SUS. [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.

110. Santos NR. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. Rev O munda da saúde [online] 2010 [acesso em 19 de ago de 2011] 34 (1): 8-19. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/01_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf.

111. Marques RM, Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? Cad Saúde Pública [online] 2002 [acesso em 05 de abr de 2011]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016&lng=en.

112. Menicucci T M G. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008, p.1400-1403. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr 2011.

113. Menicucci T M G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

114. Santos I S; Uga M A D; Porto S M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n.5, out. 2008, p. 1431-1440. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 abr. 2011.

115. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009, p. 753-762. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2011.

116. Campos G W S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciência e saúde coletiva [online] 2007, v.12 - suppl. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en. Acesso em 20 jan 2012.

117. Ocké-Reis CO; Andreazzi MFS; Silveira FG. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? IPEA – texto para discussão nº 1094, Rio de Janeiro, 2005.

Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/2005/td_1094.pdf Acesso em: 05 jun 2011.

118. Silva GGA. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. Revista Interface (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 19, jun. 2006, p.7-24. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 22 abr. 2011.

119. Vianna CMM. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. PHYSIS Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.12, n. 2, dez. 2002, p. 375-390. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2011.

120. Negri B; Giovani D. (org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp, 2001.

121. Santos, N R. O Estado que temos e os rumos que queremos. In: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. A Atenção Básica que queremos. Brasília: Conasems, 2010 (p. 48-75).

122. Carvalho, G. A Emenda constitucional 29 e sua contextualização. Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/EC29_ESTADO_ARTE_gilson.pdf Acesso em 22 jan 2012.

123. SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Dados_RIPSA-2008.pdf Acesso em 28 fev 2012.

124. SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Visibilidade dos Gastos Públicos com Saúde. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/VisGastosP%C3%BAblicosSa%C3%BAde.pdf Acesso em 28 fev 2012.

125. Castro A L B, Machado C V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública [periódico online]. 26(4): 693-705 Abr 2010 [acesso em 22 jan 2012] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400012&lng=en.

126. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Conasems. A atenção básica que queremos. Brasília; 2011.

127. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html.

128. Brasil. Decreto nº 7508, 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. Disponível em: http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-

129. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS - perguntas e respostas, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

130. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas Acesso em 28 fev 2012.

131. Favoreto CAO, Daim S, Caetano R. Elementos tecnoassistenciais na análise da atenção básica à saúde em grandes cidades no Brasil. Instituto de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. [acesso em 02 de ago de 2010] Disponível em: *www.**saude**.rio.rj.gov.br/servidor/media/**tecnoassistenciais**2.doc*.

132. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org.) Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006, 783-836.

133. Girardi S, Carvalho C L, Wan Der Maas L, Farah J, Freire J ª O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na estratégia saúde da família. Revista Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.45, p. 11-23, maio 2010.

134. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html acesso em 19 jan 2012.

135. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. (IMS/UERJ). Estação de Trabalho ObservaRH. Anuário digital das graduações em saúde - 2012. Disponível em http://www.obsnetims.org.br/anuario.asp Acesso em 28 fev 2012.

136. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública [online] 2008. [acesso em 24 de set de 2010]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=en.

137a. Brasil. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011- Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos

que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB variável).

137b. Negri B, Faria R, Viana ALD (org.) Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. São Paulo: Unicamp – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), 2002.

138. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública [online]. Set 2010 [acesso em 10 de jun de 2011] 26(9): 1714-1726. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900005&lng=en.

139. Brasil. Profissões Regulamentadas - Leis, Decretos-Leis, Decretos e outros atos específicos, compilação dos textos, atualização e notas Setor de Documentação/MTE - Bsb, 28.04.2009 [acesso em 15 de mar de 2011] Disponível em: http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/regulamentacao.jsf;jsessionid=FEE450DB8E8240499BD099721468B904.

140. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona quatorze categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm.

141. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr [online] 2002 Set [acesso em 7 de set de 2008] ; 15(3): 255-266. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000300001&lng=en. http://dx.

142. Cardoso CL. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. Psicol cienc prof [online]. 2002 [acesso em 10 de ago de 2009] 22(1): 2-9 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100002&lng=pt&nrm=iso>.

143. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública [online]. 2005 ago [acesso em 7 de set de 2008]; 21(4): 1026-1035. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400005&lng=en.

144. Coqueiro RS, Nery AA, Cruz ZV. Inserção do professor de educação física no programa de saúde da família: discussões preliminares. Rev Digital EF y Deportes, [acesso em 16 de set de 2010] Buenos Aires, ano 11, n.103, dez. 2006 Disponível em: http://www.efdeportes.com/efd103/professor-educacao-fisica.htm.

145. Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP (org.) Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008a.

146. Spink MJP. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. Cadernos FUNDAP [online] jun 1985 [acesso em 10 de nov de 2010] ano 5 n.10: 24-43. Diponível em: *www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=965.*

147. Guimarães RGM, Rego S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. Ciênc saúde coletiva [online] 2005 [acesso em 23 de set de 2011]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500002&lng=pt.

148. Peduzzi M, Palma JJL. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB (org.) Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000, 234-250.

149. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude soc. [online]. 2009 [acesso em 08 de jun de 2010] 18(1): 63-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso>.

150. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF. Brasília, 2008.

151. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc saúde coletiva [online]. 1999 [acesso em 29 de jun de 2009] 4(2): 393-403. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en.

152. Girardi SN. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. Rev Latinoam Estudos Trabajo, 2002 ano 8 n.15: 67-85 [acesso em 10 de mai de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23%282%29051.pdf.

153. Dal Ben LW. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária: percepção de gerentes e enfermeiras. [Tese - Doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

154. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc saúde coletiva [online]. 2006 Set [acesso em 12 de jun de 2009] 11(3): 669-681. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en.

155. Quintana PEB, Rígoli F, Padilha M. Planificación de recursos humanos y reformas del

sector salud. In: Negri B, Faria R, Viana ALD (org.) Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. São Paulo: Unicamp – NEPP, 2002, 189-220.

156. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. Ciênc saúde coletiva [online]. Ago 2010 [acesso de 15 de jul de 2011] 15(5): 2367-2382. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500012&lng=en.

157. Pires Alves FA, Paiva CHA. Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-2008). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

158. Organização Pan-Americana de Saúde. Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, Ottawa, Canadá, 10-14 de setembro de 1973. Washington; OPAS; 1974. 134 p.

159. Spinelli H, Testa M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo: Recorrido de la Planificación en América Latina. Salud colectiva [online]. Dez 2005 [acesso em o8 de mai de 2011] 1(3): 323-335. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000300005&lng=es.

160. Hall TL, Mejía A. Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1978.

161. Brasil. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde – 1941-1992. Cadernos RH Saúde – ano 1, v.1, n.1. Brasília, 1993.

162. Toledo C N. O Governo Goulart e o golpe de 64. 4 ed. São Paulo: Ed. Brasiliense (Coleção Tudo é História), 1984.

163. Organização Pan-Americana de Saúde. PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – OPAS-Brasil. Brasília: jun. 1976 [acesso em 24 de mai de 2011]. Disponível em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/PPREPS.pdf.

164. Onocko Campos R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. Cad Saúde Pública [online]. Set 2000 [acesso em 27 de mai de 2011] 16(3): 723-731. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000300021&lng=en.

165. Romero LC. O debate entre planejamento de recursos humanos para a saúde e autonomia universitária no parlamento brasileiro. Rev. Direito Sanit. [online]. 2008 Nov [acesso em 06 de ago de 2010] 9(3): 75-88. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-

41792008000300004&lng=pt.

166. Castiel LD, Rivera FJU. Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? Cad Saúde Pública [online]. 1985 Dez [acesso em 18 de set de 2010] 1(4): 447-456. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400005&lng=en.

167. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública [online]. Ago 2006 [acesso em 07 de fev de 2011] 40(sup): 73-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=en.

168. Bottomore T. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 1988.

169. Varella TC, Pierantoni CR. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. Physis [online]. 2008 [acesso em 09 de nov de 2010] 18(3):521-544. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300009&lng=en&nrm=iso>.

170. Pereira LD. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. Physis [online] 2004 [acesso em 22 de jun de 2011] 14(2): 363-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200010&lng=en&nrm=iso>.

171. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde – v.3, n.1, Brasília, 2006.

172. Shipp PJ. Workload indicators of staffing need (WISN): a manual for implementation. Geneva, WHO, 1998, p.170. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HRB_98.2.pdf.

173. Frigotto G. A produtividade da escola improdutiva: um (re) exame das relações entre educação e estrutura econômica social e capitalista. São Paulo: Cortez, 1989.

174. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Mesa nacional de negociação permanente do SUS: democratização nas relações de trabalho no SUS. Brasília, 2003.

175. OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Inciativa “A saúde nas Américas” - Medição de Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública. Guia para aplicação do instrumento de desempenho das funções essenciais de saúde pública (2000) Disponível em: www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1870.pdf Acesso em 09 jan 2012.

176. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo CG, Hanna W, Larrieu M *et al.* Las funciones essenciales de la salud pública: un tema emergente em las reformas del sector de la

salud. [online] Revista Panamericana de Salud pública 8 (½), 2000. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf Acesso em 09 jan 2012.

177. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad Saúde Pública [online]. Mar 2011 [acesso em 24 de jul de 2011] 27(3): 521-532. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300012&lng=en.

178. Assunção AÁ, Belisário SA, Campos FE, D'Ávila LS. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. Cad Saúde Pública [online] [acesso em 11 de abr de 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400009&lng=en.

179. Brasil. Ministério da Saúde. Sítio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde SGTES na web [acesso em 20 de jun de 2011] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382.

180. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS, 2007.

181. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Ciênc saúde coletiva [online] 2008 Out [acesso em 03 de nov de 2010] ; 13(5): 1385-1397. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500002&lng=en.

182. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Ciênc saúde coletiva [online]. 2009 Jun [acesso em 11 de abr de 2011]; 14(3): 753-762. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300011&lng=en.

183. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva [serial on-line] 2010. [acesso em 02 de jun de 2011] 15(s1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en.

184. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

185. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Reunião regional dos observatórios de recursos humanos em saúde Chamado à ação de Toronto: 2006-2015 rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília, 2006.

186. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html Acesso em 26 jan 2012.

187. Berretta I Q, Lacerda J T, Calvo M C M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública [online] 27(11): 2143-2154; Nov 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en. Acesso em 26 jan 2012.

188. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007. Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1318_05_06_2007.html Acesso em 30 jan 2012.

189. Merhy, E E. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isto, para a montagem do SUS? Revista Saúde em Debate, n. 39, Jun 1993 (p. 42-7).

190. Vieira F S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciências e saúde coletiva [online]; v.14, supl.1; 2009 - (p. 1565-1577) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=pt. Acesso em 20 jan 2012.

191. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

192. Nogueira R P. Informacion sobre recursos humanos em salud. Educación medica e Salud, v.21, n.4, 1987. Disponível em:http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/1051.pdf Acesso em 25 dez 2011.

193. Oliveira SP; Garcia ACP. Variáveis e indicadores para análise de recursos humanos em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006.

194. Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

195. Ouverney A M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate n.42, abr. 2008, p.12-22.

196. Scheffer M, Bahia L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no

Brasil. Interface (Botucatu) [online]; 15(38): 947-956 - Set 2011 [acesso em 02 fev 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300030&lng=en.

197. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 928, de 02 de maio de 2006. Constitui a Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_928_2maio_2006.pdf Acesso em 28 fev 2012.

198. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1999. Institui a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_26_21091999.pdf Acesso em 28 fev 2012.

199. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1, de 11 de março de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1_marco_2004.pdf Acesso em 28 fev 2012.

200. Barros A F R; Santana J P; Santos Neto P M. (Org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

201. Girardi S N. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/ Acesso em 02 fev 2012.

202. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.429, de 23 de dezembro de 2003. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2429_sgtes_23122003.pdf Acesso em 28 fev 2012.

203. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 827, de 5 de maio de 2004. Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_827_5_maio_2004.pdf Acesso 28 fev 2012.

204. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006. Reestruturaa a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PORTARIA174.pdf Acesso em 28 fev 2012.

205. Brasil. Portaria Interministerial nº 3.241, de 5 de dezembro de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão e Regulação do Trabalho e do Emprego na Saúde. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3241.htm Acesso em 28 fev 2012.

206. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de regulação do

trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf Acesso em 07 fev 2012.

207. Rosa M R R, Coelho T C B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? Ciências e saúde coletiva [online];16(3): 1863-1873 - Mar 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300021&lng=en. Acesso em 12 fev 2012.

208. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque1021.pdf Acesso em 12 fev 2012.

209. Pinto I C M, Teixeira C F. Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cadernos de Saúde Pública [online] 27(9): 1777-1788 - Set 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900011&lng=en. Acesso em 09 fev 2012.

210. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Caderno de apresentação: oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados. Brasília: CONASS, 2009.

211. Rosa M R R. Complementando a discussão sobre o planejamento em saúde: quem ensina os municípios a planejar? Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 40, Jun. 2007 (p.21-28).

212. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_2_completo.pdf Acesso em 14 fev 2012.

213. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.318, de 05 de junho de 2007. Publica as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1318_05_06_2007.html Acesso em 16 fev 2012.

214. Junqueira V; Cortizo C T; Vieira N P; Santos A P L; Santos F S; Lacaz F A C. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. Physis Revista de Saúde Coletiva [online] 21(2), 675-693; 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200018&lng=en&tlng=pt. Acesso em 15 fev

2012.

215. Ribeiro E M, Pires D, Blank V L G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública [online]; 20(2): 438-446 - Abr 2004. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en. Acesso em 15 fev 2012.

216. Gomes R M. Humanização e desumanização no trabalho em saúde: algumas contribuições conceituais para uma análise crítica. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/Capitalismo%20e%20Sa%FAde.pdf Acesso em 15 fev 2012.

217. Faria H X; Dalbello-Araújo M. Análise coletiva do processo de trabalho: reflexões pertinentes. Revista de APS [online] 14(2): 229-232, abr/jun. 2011. Disponível em: http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1167/480. Acesso em 15 fev. 2012.

218. Vilasbôas A L Q, Paim J S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cadernos de Saúde Pública [online] 24(6): 1239-1250; Jun 2008. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600005&lng=en. Acesso em 12 fev 2012.

219. Merhy EE, Onocko R (org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

220. Nogueira R P; Brito P. Recursos humanos en salud de las Américas. Educación Médica y Salud, v. 20, n 3, p. 295-322, 1986. Disponível em: http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6955.pdf Acesso em 31 jan 2012.

221. Mcquide P, Stevens J, Settle D. Resumen de los modelos de proyección de recursos humanos para la salud (RHS). Resumen técnico nº 12 – agosto de 2008. [acesso em 20 de mar de 2011] Disponível em: www.capacityproject.org.

222. Martineau T, Caffrey M. Planificación estratégica de los recursos humanos para la salud. Resumen técnico nº 9 – janeiro de 2008. [acesso em 20 de mar de 2011] Disponível em: www.capacityproject.org.

223. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. Cadernos de Saúde Pública [online]. Abr 2005; 21(2): 508-516. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200017&lng=en. Acesso em 28 fev 2012.

224. Organização Mundial da Saúde. Spotlight on statistics: a fact file on health workforce statistics. Issue 1 [online], jan 2008 [acesso em 07 de fev de 2011]. Disponível em: www.who.int/hrh/statistics/spotlight_1.pdf.

225. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M *et al.* An

approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals – Health Policy and Planning: Oxford University Press, *(September 2005) [acesso em 04 de mar 2011].20(5): 267-276* Disponível em: http://heapol.oxfordjournals.org/content/20/5/267.full.pdf.

226. Masnick K, McDonnell G. A model linking clinical workforce skill mix planning to health and health care dynamics. Human resources for health, 2010, 8(11) [acesso em 20 de mar de 2011] Disponível em: www.human-resources-health.com/content/8/1/11.

227. World Health Organization. Models and tools for health workforce planning and projections. Human Resources for Helth Observer – issue nº 3 [online], jun. 2010.[acesso em 07 de jul de 2011] Disponível em: www.hrhresourcecenter.org/node/3170.

228. Brasil. Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011- Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

229. Matus C. O plano como aposta. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_como_aposta-matus.pdf Acesso em 28 fev 2012.

230. Frigotto G. Natureza, especificidade e custos humanos da crise dos anos 70/90. In: Frigotto G. Educação e a crise do capitalismo real. 4 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.