ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título	SAÚDE
Autores (as)	Andrea Barreto de Paiva Edvaldo Batista de Sá Elizabeth Diniz Barros Luciana Mendes Servo Matheus Stivali Roberta da Silva Vieira Sérgio Francisco Piola

Título do Boletim	BOLETIM DE POLÍTICAS SOCIAIS ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)
Ano	2014(n.22)
ISSN	1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CAPÍTULO 3

SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Dificuldades para contratação e fixação de médicos na atenção básica em determinadas localidades, falta de especialistas para colocar em funcionamento as unidades de pronto atendimento (UPAs) e os centros de especialidades odontológicas (CEOs), insuficiência de profissionais e/ou falta de capacitação destes para o atendimento de urgências e emergências foram alguns dos fatores citados em edições anteriores deste periódico (BPS) como empecilhos para o avanço em determinadas políticas na área de saúde. E a falta de profissionais médicos parece ser o problema mais visível para a população que utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como apontado por diversas pesquisas de opinião.

A saúde é intensiva em pessoal. Independentemente do modelo do sistema de saúde, a força de trabalho é um componente essencial para garantir a prestação de serviços. Não é possível garantir qualidade na prestação de serviços de saúde sem pensar adequadamente a formação e a regulação do mercado de trabalho em saúde.

Em países com serviços nacionais de saúde, que se propõem ser universais e equânimes, além da demanda em quantidade, a questão da composição e da distribuição geográfica desses profissionais torna-se ainda mais relevante.

O SUS, pensado para ser um serviço nacional de saúde nos moldes do sistema britânico ou espanhol, enfrenta vários desafios presentes também nesses sistemas de saúde, mas ainda convive com uma grande desigualdade social, econômica e regional. Um dos frutos dessa desigualdade é a possibilidade de parcela da população (25%) ter planos e seguros de saúde e acessar serviços por essa via, podendo, em alguns momentos, se beneficiar do sistema público, às vezes com maior celeridade que a parcela da população que depende exclusivamente do SUS. Adicionalmente, a organização da rede de serviços de saúde varia de uma grande participação pública na atenção básica a uma elevada participação privada na oferta de serviços de apoio a terapia e diagnóstico.

Esta edição do BPS tem como tema especial o trabalho, que, neste capítulo, será tratado na seção *Acompanhamento da política e dos programas*, apontando questões e ações relacionadas a níveis de atenção, assistência farmacêutica e gestão, bem como na seção *Tema em destaque*. A seção *Tema em destaque* centra-se no

Programa Mais Médicos, que foi apresentado pelo governo como medida para ampliar a oferta de profissionais nas periferias das grandes cidades e em áreas remotas, bem como para adequar a formação médica às necessidades do SUS. A parte de *vigilância em saúde* foge um pouco da questão de recursos humanos em saúde para discutir alguns problemas relacionados à saúde e à segurança no trabalho.

A seção *Fatos relevantes* trata da Lei do Ato Médico, que está diretamente ligada ao tema trabalho, mas também aborda outras questões não relacionadas ao tema, que foram objeto da política de saúde no último ano e que têm grande impacto sobre o sistema de saúde brasileiro: *i)* o fim da produção do princípio ativo l-asparaginase, usado no tratamento de leucemia linfocítica/linfoblástica e linfomas no âmbito do SUS; *ii)* a publicação de norma exigindo a entrega ao beneficiário por parte das operadoras de planos e seguros de saúde de um documento registrando a razão da negativa de cobertura para exames ou procedimentos em até 48 horas; e *iii)* a nova rodada de perdão das dívidas tributárias dos hospitais sem fins lucrativos (HSFLs), que incluem as santas casas e os hospitais filantrópicos. De certa forma, estas questões ajudam a lembrar da necessidade de se pensar o conjunto do sistema, mesmo quando a discussão pública acaba centrando-se em um assunto específico: a força de trabalho em saúde.

2 FATOS RELEVANTES

2.1 Medidas para manutenção do tratamento de leucemia

Em 2012 um problema para o tratamento oncológico surgiu em escala mundial. A empresa detentora dos direitos de produção[1] do princípio ativo l-asparaginase, usado massivamente para o tratamento de leucemia linfocítica/linfoblástica e linfomas no âmbito do SUS, comunicou aos diversos países em que atua a descontinuação da produção de tal medicamento, o que ocorreu em dezembro daquele ano.

Mesmo sendo um produto comprovadamente seguro e eficaz, a l-asparaginase é considerada um produto antigo, que, por estar há muito tempo no mercado, fornece baixa rentabilidade ao produtor, exigindo entretanto um processo produtivo bastante complexo e caro. Com esta conjunção de fatores, várias empresas farmacêuticas têm cessado a produção dos medicamentos oncológicos que usam este princípio ativo, deixando pacientes sem opção de tratamento.

Até 2012 a l-asparaginase era comprada pelos serviços habilitados em oncologia no SUS de forma descentralizada. Com o risco de desabastecimento, o Ministério da Saúde (MS) centralizou a compra do produto ainda disponível no mercado de forma a garantir a continuidade dos pacientes em tratamento no curto prazo. Paralelamente ocorreram dois eventos que podem representar uma

1. A empresa farmacêutica holandesa Lundbeck, que utilizava a marca "Elpar" para esse produto.

solução de longo prazo para o tratamento desses pacientes, mas não é claro se há ou não risco de descontinuidade: *i)* no início de 2013 o detentor dos direitos da substância pegaspargase,[2] uma forma modificada da l-asparaginase já comercializada em outros países, iniciou o processo de registro do produto no país; e *ii)* em julho do mesmo ano, o MS anunciou uma parceria entre um laboratório público (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz) e dois privados (NT Pharma e United Biotec) para produção nacional da l-asparaginase, prevista para 2015.

2.2 Negativa de cobertura na Saúde Suplementar: documentação por escrito

Em vigor desde 7 de maio de 2013, a Resolução Normativa (RN) nº 319, de 5 de março de 2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), obriga as operadoras a entregar, em até 48 horas, ao beneficiário um documento registrando a razão da negativa de cobertura para exames ou procedimentos. O descumprimento da norma provoca multa à operadora e, como no caso da regulação do tempo máximo de espera,[3] suspensão da comercialização de planos.

Na Saúde Suplementar, assim como nos mercados de seguro em geral, há a presença de risco moral. Ou seja, por conta dos incentivos gerados pelo seguro, é criado o risco de que o beneficiário de plano ou o prestador de serviços passe a se comportar de maneira diferente do que faria na ausência do seguro. Isto é agravado pela presença de assimetria de informação entre os diversos agentes envolvidos; geralmente o beneficiário de plano e o prestador de serviços têm mais informações sobre as condições do atendimento que a operadora de plano.

Para o consumidor, uma vez beneficiário de um plano de saúde, o custo por exame/consulta é zero, e, para o médico, mais exames garantem um diagnóstico melhor. Ademais, a prática no Brasil é de que os prestadores (médicos, laboratórios, hospitais) sejam remunerados pelas operadoras de planos por procedimento (*fee-for-service*), isto é, quanto mais procedimentos realizados, maior a receita desses agentes.

Esse conjunto de fatores gera fortes incentivos à sobreutilização (quando criada pelo comportamento dos beneficiários) ou indução de demanda (quando criada pelo comportamento dos prestadores), criando ineficiência no sistema e elevando os custos para todos os segurados. Por este motivo é usual que as operadoras disponham de auditorias para avaliar os procedimentos realizados e neguem cobertura de procedimentos, supostamente, indevidos.[4]

2. A empresa norte-americana Sigma-Tau Pharmaceuticals, que o comercializa com o nome "Oncaspar".

3. Resolução Normativa (RN) nº 259, publicada em 17 de junho de 2011, relatada no número anterior desse periódico.

4. São esses fatores que fazem com que as operadoras ofereçam contratos diferenciados que incluam alguns mecanismos que procuram "corrigir" os incentivos aos agentes, como copagamentos para os beneficiários e remuneração diferenciada por desempenho para os prestadores.

O efeito adverso decorrente desse tipo de ação é que as operadoras podem ir além do razoável para controlar os seus gastos, atrasando ou negando o pagamento de prestadores – chamado de glosa médica ou glosa de pagamentos – e negando a cobertura de procedimentos legítimos aos beneficiários, contrariando inteiramente os objetivos da Saúde Suplementar.

A regulação deve então harmonizar os interesses dos diversos agentes envolvidos de forma a defender o interesse público na assistência à saúde.[5] No caso das glosas e dos atrasos de pagamento, a ANS já havia estabelecido um padrão para registro das atividades entre operadoras e prestadores de forma a documentar estes eventos e coibir irregularidades pela via administrativa.[6]

No caso das negativas de cobertura, não existia uma forma padronizada de registro, o que dificultava a reivindicação dos beneficiários junto à ANS e à justiça, assim como a ação da agência para punição das operadoras. Contudo, mesmo sem essa padronização, os números de casos de reclamação de beneficiários devido à negativa de cobertura junto a ANS já eram expressivos, somando 13.370 casos em 2010, 29.288 em 2011 e 18.933 até maio de 2012.[7]

2.3 O novo programa de perdão das dívidas tributárias das santas casas e dos hospitais filantrópicos

O MS enviou ao Congresso Nacional em regime de urgência um projeto de lei (PL) que trata da situação financeira dos HSFLs – santas casas e hospitais filantrópicos –, e de sua inserção no sistema de saúde, criando incentivos a uma maior participação destas instituições no SUS.[8] O Programa de Fortalecimento de Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos (Prosus) prevê o abatimento de dívidas tributárias em um prazo de quinze anos, se forem cumpridas algumas exigências e mediante o comprometimento da instituição em aumentar a quantidade e a qualidade dos serviços prestados ao SUS. A partir da adesão ao programa, o recolhimento das obrigações tributárias correntes permite o perdão da dívida tributária acumulada em valor correspondente ao recolhido.

A adesão ao Prosus requer que a entidade esteja em grave situação financeira, demonstre capacidade de manutenção das atividades por meio de um plano de

5. Conforme estabelece a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000: "Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país" (Brasil, 2000).

6. Trata-se da Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS), que é um padrão digital em que as informações sobre procedimento devem ser trocadas entre prestador, operadora e agência.

7. Os dados foram obtidos pelo Instituto de Defesa do Consumidor junto a ANS. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdc/audiencias-publicas-1/realizadas-em-2013/10.4-planos-de-saude/idec.pdf>. Acesso em: 29 de ago. 2013.

8. Projeto de Lei nº 5.813/2013.

recuperação econômica e financeira e aumente a quantidade dos serviços disponibilizados ao SUS em pelo menos 5% em relação à quantidade disponibilizada em 2012. Os serviços adicionais devem constar de um rol de procedimentos definidos pelo MS, ser aprovados pelo gestor local e contratados por meio de instrumento legal – por exemplo, convênio – ainda a ser adotado no âmbito do programa.

Os HSFLs são muito importantes para a assistência prestada no SUS, respondendo por mais de 38% dos leitos disponíveis (IBGE, 2010) e por quase 45% das internações realizadas no SUS (Câmara dos Deputados, 2012). Mais de 56% dos HSFLs estão localizados em municípios com até 30 mil habitantes, sendo os únicos a oferecerem leitos em quase mil municípios de menor porte (Câmara dos Deputados, 2012). Tamanha relevância para o sistema de saúde talvez explique o fato de estes hospitais serem objeto de políticas recorrentes que tratam de sua situação financeira e de melhorias de gestão.

O Prosus em muito se assemelha ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, lançado em 2005.[9] Este programa envolvia a redefinição do papel destas instituições na rede de serviços do SUS, o aprimoramento da gestão institucional e o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas nas atividades desenvolvidas pela instituição e em melhorias de gestão. O programa teve alcance limitado, e, a julgar pelas semelhanças com o Prosus, os objetivos não foram atingidos.

Edição anterior deste periódico apontou o acompanhamento do cumprimento dos termos do contrato por parte dos hospitais como uma grande fragilidade do Programa de Reestruturação.[10] E o cumprimento dos termos do novo contrato parece ainda mais difícil de ser assegurado, dado o histórico do MS no monitoramento deste tipo de acordo e as novas exigências – entre as quais cabe destacar a dificuldade de monitorar o cumprimento do plano de recuperação econômica.

Os HSFLs fazem jus a diversos benefícios tributários[11] e, como contrapartida, devem destinar pelo menos 20% de sua receita bruta[12] ao atendimento gratuito

9. Portaria GM nº 1.721, 21 de setembro de 2005.

10. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, n. 18.

11. As isenções concedidas às entidades sem fins lucrativos (ESFLs) envolvem os três níveis de governo e incluem tributos sobre a renda, a propriedade e as vendas. São exemplos dos tributos em que há imunidade/isenção: Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre a Propriedade de Veículo Automotor (IPVA), Imposto Territorial Rural (ITR), Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Programa de Integração Social (PIS), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), contribuição da cota patronal junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). E, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), apesar de não se tratarem de tributos sobre a renda, a propriedade e as vendas: o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), o Imposto de Importação e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS).

12. A receita bruta resulta da soma do resultado da venda de serviços, das receitas financeiras, das receitas provenientes da locação de bens não integrantes do ativo imobilizado e das doações.

ou realizar no mínimo 60% de seus atendimentos no âmbito do SUS. Além das isenções concedidas, as entidades são remuneradas pelos serviços prestados por meio de orçamento global, em alguns casos, ou por meio da Tabela SUS e de incentivos adicionais, como os incentivos de contratualização. O ministro da Saúde fala em acréscimo de R$ 2 bilhões nos recursos que incentivam a contratualização com o SUS e em dívidas tributárias acumuladas da ordem de R$ 13 bilhões. Representantes dos HSFLs criticam o Prosus por tratar apenas das dívidas tributárias e não enfrentar o que consideram o principal problema destas instituições, que é o custeio. O principal argumento usado pelas instituições devedoras é a diferença entre a remuneração do SUS e os custos dos procedimentos prestados.

Relatório da subcomissão especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram os HSFLs da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados alega que, levando-se em conta os benefícios tributários, o SUS remunera, em média, apenas 65% dos custos dos serviços prestados. As maiores discrepâncias encontram-se na assistência de média complexidade (Câmara dos Deputados, 2012). Contudo, como argumentam Bernardes *et al.* (2010), existem HSFLs que conseguem manter suas finanças equilibradas mesmo prestando serviços ao SUS e a resposta à diferença de desempenho pode estar na gestão.

A gestão hospitalar é bastante complexa por diversos motivos e exige gestores competentes e a produção de informações que subsidiem a tomada de decisões e o controle, com destaque para a contabilidade de custos (Lemos e Rocha, 2011). No caso dos HSFLs, a estrutura de gestão envolve diversos atores – por exemplo, os médicos, o presidente ou os provedores da instituição e o administrador hospitalar – que não raro podem ter interesses conflitantes e não serem capacitados para suprir as necessidades administrativas da instituição, afetando seu desempenho financeiro (Bernardes *et al.*, 2010). Quanto ao uso de informações para tomada de decisões, Cunha e Corrêa (2012) enviaram um questionário para 1.677 hospitais filantrópicos com a finalidade de obter informações para uma avaliação de desempenho. Apenas 83 hospitais responderam ao questionário, dos quais somente setenta foram considerados válidos.[13] Os motivos para a baixa porcentagem de resposta ao questionário podem ser vários, mas certamente a inexistência das informações requeridas pode ser apontada como um dos principais.

2.4 Lei do Ato Médico

Após tramitação por quase onze anos no Congresso Nacional, a chamada Lei do Ato Médico, Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 (Brasil, 2013e),

13. As razões apontadas pelos autores para descarte dos treze hospitais foram questionários incompletos e em alguns casos por terem sido considerados *outliers*.

foi sancionada com vetos. O governo vetou os componentes da lei que restringiam aos médicos a realização de diagnósticos, a indicação de órteses e próteses não temporárias, a prescrição de órteses e próteses oftalmológicas, a realização de alguns procedimentos invasivos e a exigência de prescrição médica para alguns procedimentos.[14]

Os argumentos usados para os vetos foram as dificuldades que seriam impostas ao funcionamento do SUS e ao setor privado por inviabilizar protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no SUS e em rotinas e protocolos consagrados nos estabelecimentos privados de saúde. Sem os vetos, a lei impediria a continuidade de inúmeros programas de saúde que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde – por exemplo, os programas de prevenção e controle à malária, tuberculose, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis – e até o desenvolvimento das campanhas de vacinação.

O debate em torno de procedimentos que podem ser executados exclusivamente pela categoria médica envolve conselhos de medicina e de outros profissionais de saúde – por exemplo, conselhos de enfermagem – e gestores de saúde, e já vem sendo travado também em níveis subnacionais. Um exemplo pode ser encontrado no Distrito Federal, onde o governo publicou a Portaria nº 218/2012, autorizando enfermeiros a atuarem no diagnóstico e tratamento de doenças, como AIDS, dengue, asma, diabetes, tuberculose, hipertensão arterial, entre outras, de acordo com protocolos preestabelecidos em programas de saúde pública. O Conselho Federal de Medicina (CFM) obteve em fevereiro de 2013 liminar suspendendo a portaria e em junho a liminar foi derrubada pelo Tribunal Regional Federal (TRF). Outras Unidades da Federação (UFs), como Goiás e Rio de Janeiro, têm dispositivos semelhantes ao adotado no DF.

Os argumentos dos médicos giram em torno da qualidade da atenção à saúde, enquanto os demais profissionais, além de apontarem as dificuldades citadas pelo governo, chamam atenção para a criação de reserva de mercado em favor dos médicos. Um argumento usado pelos conselhos de enfermagem afirma que muitas vezes, na saúde pública, os médicos não dão conta da demanda e, por isso, é importante atribuir ao profissional de enfermagem responsabilidades que já estão no âmbito de suas competências.

O embate em torno da Lei do Ato Médico surge em um momento em que há uma grande discussão a respeito da escassez de médicos em algumas especialidades

14. Entre os procedimentos invasivos que a lei lista, estão: "invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos; e invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos". Quanto aos procedimentos que não poderiam prescindir de prescrição médica, estão: "aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e intravenosas; cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical, e venosa periférica; e punções venosa e arterial periférica" (Brasil, 2013e).

e em determinadas localidades do país – por exemplo, municípios do interior e periferias das grandes cidades – e das formas de resolver esse problema. Alguns especialistas alegam que a discussão tem dado muito enfoque ao papel dos médicos e negligenciado o papel dos demais profissionais de saúde, em especial o papel dos enfermeiros. Isto é, a discussão deveria ser ampliada para tratar do papel dos demais profissionais de saúde e do próprio modelo de atenção, ou seja, ter um enfoque multiprofissional. A atenção baseada em equipes multiprofissionais tem maior relevância em alguns sistemas de saúde e tem sido adotada nas propostas de criação de redes de atenção.[15]

Após análise, os vetos foram mantidos pelo Congresso Nacional e restaram algumas lacunas decorrentes da supressão de trechos da versão submetida à sanção presidencial. Para preencher tais lacunas, foi elaborado o Projeto de Lei nº 6.126/2013 (Brasil, 2013f). O projeto basicamente exclui das prerrogativas dos médicos os diagnósticos e as prescrições terapêuticas, os procedimentos invasivos realizados segundo protocolos e diretrizes clínicas do SUS e a execução de procedimentos invasivos da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção.

O governo também havia vetado o componente da Lei do Ato Médico que restringia aos médicos a direção e chefia de serviços médicos. O PL nº 6.126/2013 propõe que se restrinja aos médicos somente "*a direção e chefia de serviços médicos de caráter técnico que envolvem atividades privativas de médicos*" (Brasil, 2013f).

3 ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA E DOS PROGRAMAS

3.1 Atenção básica

A atenção básica (AB) é concebida no SUS como uma das formas prioritárias de entrada no sistema de saúde. Atualmente, um dos principais debates em torno da questão da falta de médicos no país é a ausência desses profissionais em postos ou unidades básicas de saúde (UBS), principalmente em periferias de grandes cidades e em áreas remotas.

A formação médica voltada para a especialidade, a ausência de uma regulação mais específica da atuação do médico – tanto no setor público, quanto no setor privado – , as características dos municípios de regiões mais desenvolvidas e os problemas de gestão pública são fatores[16] que explicam, em parte, a ausência dos médicos em cidades do interior e em periferias de grandes cidades. A classe médica alega que a falta de interesse de seus profissionais em atuar no SUS está

15. Esse assunto será discutido mais detalhadamente na seção 3, *Acompanhamento da política e dos programas*, desta edição do BPS. O papel dos diversos profissionais na atenção à saúde será discutido em mais detalhes na seção 4, *Tema em destaque*, quando se trata das equipes multiprofissionais.

16. Diversos estudos apontam os problemas de fixação dos médicos e de atração para áreas com maior necessidade ou com vazios assistenciais em saúde na atenção básica. Ver, por exemplo, Perpétuo *et al.* (2009), Campos, Machado e Girardi (2009), Scheffer *et al*. (2011; 2013), UFMG (2010; 2012a).

relacionada, em grande parte, com a inadequação da estrutura física, dos equipamentos e dos materiais de consumo.[17]

Nos últimos anos, o MS vem tentando ordenar a entrada dos usuários no SUS preferencialmente pela AB. Este esforço do MS reflete o reconhecimento de que uma AB mais resolutiva gera menores custos para o sistema público, melhores resultados de saúde pública e uma melhor gestão do sistema.

O MS vem anunciando uma série de medidas para a melhoria da AB. Algumas delas serão destacadas nesta edição do BPS por terem sofrido alterações importantes e por estarem relacionadas com o objetivo de fortalecer a AB, tornando-a mais resolutiva e ordenadora do atendimento no SUS. Serão analisados: o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que ganhou contornos diferentes em 2013; o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, apesar de relativamente novo, corresponde a aproximadamente 10% do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável)[18] e representa uma fórmula inovadora de repassar recursos aos municípios com base no desempenho das equipes; o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), uma tentativa, anterior ao Mais Médicos, de atrair alguns profissionais para áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas; e, por fim, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes e o seu componente na AB, cujo objetivo é apoiar a consolidação das redes de atenção à saúde ordenadas pela AB no âmbito do SUS, por meio de recursos tecnológicos.

A maior parte dos incentivos financeiros da AB está condicionada à adoção da estratégia de Saúde da Família (eSF) e conta com o cofinanciamento do governo federal. A adoção dessa estratégia pode se dar de duas formas: com a implantação de equipes de saúde da família (ESFs) ou com a adoção de equipes de atenção básica (EABs) equivalentes.[19] O MS possui um melhor acompanhamento da cobertura de AB no que diz respeito ao modelo da eSF, mas conhece pouco dos demais modelos implantados nos municípios. Em 2012,[20] a população coberta pelas ESFs era de 54,84%, com um total de 33.404 ESFs implantadas, representando um aumento de 1,43 pontos percentuais (p.p.) em relação aos dados de cobertura de 2011. A cobertura pelas ESFs por porte populacional, em dezembro de 2012, foi, em média, de 88,72% para os municípios de

17. Material de consumo definido como todo tipo de material médico-hospitalar ou de escritório para atuação do profissional de saúde na unidade básica de saúde (UBS).

18. O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) é um dos componentes do bloco de AB de acordo com a Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. O componente do PAB variável está, em grande parte, atrelado ao financiamento de programas que estejam de acordo com os atos normativos federais.

19. Ver BPS n. 20.

20. Dados encontrados para o mês de dezembro e cobertura estimada conforme metodologia. Disponível em: <http://goo.gl/4j6A4b>. Acesso em: 7 de ago. 2013.

até 20 mil habitantes, sendo decrescente para as demais faixas – nos municípios com população entre 20 mil e 100 mil, entre 100 mil e 500 mil e acima de 500 mil habitantes, as taxas médias de cobertura foram, respectivamente, de 70,67%, 45,15% e 35,60%.[21]

O Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde lançado em 2009, conhecido como Plano Nacional de Implantação de UBS (PNIUBS), foi apresentado nas edições 19 e 20 deste periódico. Além da construção de novas UBS, este plano abrigou outras duas linhas de financiamento, denominadas de reforma e ampliação.[22] Em março de 2013, os três componentes do plano – forma pela qual essas linhas de financiamento são chamadas pela política – foram reformulados. As três novas portarias[23] trazem modificações no que dizem respeito aos critérios de elegibilidade pelo MS e aos prazos de execução das intervenções. Regras específicas de transição para os projetos que estavam habilitados pelo plano de 2009 a 2012, mas que ainda não tinham iniciado suas obras, foram introduzidas.

O componente de construção, em comparação com os componentes de reforma e ampliação, foi o que apresentou um número maior de alterações. A regra de 2009 trazia dois portes de UBS com tamanhos de 153,24 m^2 e 293,28m^2, que abrigariam, respectivamente, uma ESF e três ou mais ESFs. A regra atual traz quatro diferentes portes de, respectivamente, 297,72 m^2 (porte I para uma ESF), 374,04 m^2 (porte II para duas ESFs), 481,32 m^2 (porte III para três ESFs) e 564,84 m^2 (porte IV para quatro ESFs). O MS modificou abruptamente a política de incentivos para a construção de UBS. A mudança pode ser fruto de recente discussão em relação à resolubilidade da AB, ao ter que agregar na UBS, além de ESFs e de equipes de saúde bucal (ESBs), as equipes dos núcleos de apoio à saúde da família (NASFs), os profissionais das Academias de Saúde e as equipes de consultório na rua (ECRs).

O aumento do tamanho de uma UBS implica aumento de custos para sua manutenção. Em recente estudo (Brasil, 2013a; 2013b) sobre custos indiretos de uma UBS, considerando o tamanho de 153,24 m^2, verificou-se que o custo de depreciação e manutenção dos equipamentos das UBS, em termos mensais, estaria em torno de R$ 2.893,95 e R$ 3.814,80 em 2011. Os custos de energia e água mensal para valores de 2011 seriam de R$ 4.061,05 e R$ 606,94, respectivamente. Duplicar o tamanho ideal dessas UBS implica aumentar os valores mensais de custeio. Os incentivos financeiros para a construção desses novos padrões de UBS aumentaram. Porém, o incentivo de custeio, que é atrelado à existência das equipes, não sofreu alteração em consequência da mudança do porte das UBS. Colocar essas equipes em uma UBS de 153,24 m^2 ou 297,72 m^2 exigirá custos

21. A baixa cobertura dos municípios com população acima de 500 mil habitantes foi explorada na edição n. 18 deste periódico.
22. As portarias de construção, reforma e ampliação eram, respectivamente, Portarias nºs 2.226/2009, 2.206/2011 e 2.234/2011.
23. As novas portarias de construção, reforma e ampliação são Portarias nºs 340/2013, 341/2013 e 399/2013.

de manutenção bastante distintos, já que o segundo modelo exige uma estrutura física e, provavelmente, de equipamentos, que abrange praticamente o dobro da área do modelo anterior. Caberá ao gestor local a decisão mais racional.

De 2009 a julho de 2013,[24] no componente construção, foram aprovadas 4.604 propostas em 2.255 diferentes municípios; e, no total, 1.067 UBS encontram-se concluídas. No caso da reforma, existem 5.483 propostas aprovadas pelo MS e 1.817 foram concluídas. Por último, o componente de ampliação possui 5.674 propostas e apenas 391 foram concluídas. Entre a proposta e o fim das obras há diversas etapas. Os dados de obras concluídas em relação às propostas aprovadas apontam para um baixo índice de finalização desses investimentos.

Além de investir na construção e melhoria das instalações utilizadas na prestação dos serviços de AB, o governo federal tem alocado recursos com o objetivo de promover a melhoria da atenção à saúde usando a lógica da premiação por desempenho das EABs por meio do PMAQ-AB.[25]

Em 2013, O PMAQ foi ampliado[26] e passou a englobar, além das EABs, as ESBs e as equipes dos NASFs. O PMAQ também foi ampliado para os centros de especialidades odontológicas.[27] Segundo Brasil (2013), em 2012, 17.842 EABs inscreveram-se no PMAQ em 3.972 municípios.

O valor repassado em 2012 para o PMAQ foi de R$ 739,5 milhões[28] para as 16.938 equipes habilitadas a receber o recurso. Isto resulta em uma média de R$ 4.303,00 a mais de recursos mensais para a manutenção das equipes. Em 2013 este valor[29] foi superior em relação ao ano de 2012, refletindo o fim de um ciclo no qual algumas equipes passarão para faixas de repasse superiores do PMAQ, podendo receber o adicional de até 100% do valor de repasse mensal do custeio de uma ESF.

O PMAQ, apesar de ser aberto a todo tipo de composição de EAB, é majoritariamente – em mais 90% – composto por ESF. É a primeira vez que o MS repassa os recursos de incentivos às equipes com a preocupação de premiar aquelas que obtenham os melhores resultados de saúde. Embora seja um programa relativamente novo, o total de incentivos via PMAQ para os municípios representou em 2012, aproximadamente, 10% do PAB variável, que foi em 2012 o componente do bloco de financiamento da AB com maior montante de recursos.

24. As informações foram consultadas em 25 de julho de 2013 e estão disponíveis em: <www.saude.gov.br/sage>.
25. Apresentado na edição n. 21 deste periódico.
26. Portaria GM/MS nº 535, de 3 de abril de 2013.
27. Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013.
28. Valores obtidos em 22 de outubro de 2013 em transferências fundo a fundo (caixa). Disponível em: <http://goo.gl/DaP1HW>.
29. O valor divulgado na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) foi de R$ 1,1 bilhão – informação consultada em 22 de maio de 2014.

A melhoria da qualidade da atenção à saúde não pode desconsiderar o papel a ser desempenhado pelos profissionais de saúde. O PROVAB[30] tem por objetivo estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da AB e na estratégia Saúde da Família, focando-se em áreas consideradas prioritárias.[31] O programa faz parte da estratégia do MS em prover e fixar profissionais no SUS por meio de bolsas para o trabalhador-estudante. Na primeira edição do programa, o profissional contratado deveria ser remunerado diretamente pelo município com salário equivalente ao dos profissionais locais das ESF, além de receber uma bolsa do Ministério da Saúde de R$ 2.384,00 pelo curso de especialização. As apresentações do MS mostram que o PROVAB 2012 teve um baixo nível de contratação dos profissionais selecionados[32] sob a alegação de que, após habilitação pelo MS, os municípios não efetivaram os contratos.

O segundo edital do PROVAB foi lançado em janeiro de 2013, com a abertura de vagas somente para o profissional graduado em medicina. Não ficaram explícitas, nesse segundo edital, as razões pelas quais se optou por excluir da chamada os demais profissionais da área médica (enfermeiros e cirurgiões-dentistas). Este segundo edital também alterou[33] a responsabilidade do pagamento do profissional bolsista, que passou a ser feito diretamente pelo governo federal, por meio de uma bolsa de valor único em todo o território nacional. O valor atual dessa bolsa é de R$ 10 mil. Segundo informações do MS,[34] atualmente, existem 3.568 médicos do PROVAB distribuídos em 1.260 municípios.

Apesar do sucesso do segundo edital do PROVAB, pode-se considerar que ele foi virtualmente substituído pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil, um dos componentes do Programa Mais Médicos, uma vez que ambos possuem objetivos e mecanismos de contratação de mesma natureza para prover médicos em áreas consideradas prioritárias.

Em novembro de 2013, o MS lançou um terceiro edital[35] no âmbito do PROVAB para chamar enfermeiros e cirurgiões-dentistas, deixando clara a forma como os profissionais selecionados irão atuar nos municípios. O enfermeiro atuará no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), enquanto

30. Abordou-se o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) na edição n. 20 desta publicação. O programa foi lançado pela portaria Interministerial MS/MEC nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.

31. O primeiro edital do PROVAB – Edital nº 1, de 9 de janeiro de 2012, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS)/MS – realizou a seleção para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Os municípios prioritários do PROVAB, seguindo as diretrizes da Portaria nº 1.377, de junho de 2011, foram definidos por meio de portaria conjunta – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/SGETS/MS –, Portaria nº 2, de 25 de agosto de 2011.

32. Em apresentação dos resultados do primeiro edital do PROVAB, o MS mostrou a relação entre o número de profissionais selecionados e os efetivamente contratados: 1.460, 1.889 e 1.322 médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas selecionados e, respectivamente, 280, 122 e 110 contratados.

33. Edital SGTES/MS nº 3, 9 de janeiro de 2013.

34. Disponível em: <http://goo.gl/bCn8G1>. Acesso em: 28 nov. 2013.

35. Edital nº 59, de 6 de novembro de 2013.

o profissional cirurgião-dentista atuará no programa Brasil Sorridente. Além de suas atribuições de assistência, ambos deverão desenvolver atividades de coordenação. Os enfermeiros farão a ligação entre a escola e as ESFs dos municípios. Os cirurgiões-dentistas serão a ponte entre as ESFs e o programa Brasil Sorridente.

Desde o seu lançamento, o PROVAB sofreu seguidas transformações frente aos resultados alcançados. Contudo, alguns pontos ainda não são claros na sistematização da política que tem por objetivo levar os profissionais para atuarem em áreas desassistidas no âmbito da atenção básica. Primeiramente, parece que a razão pela qual o MS lançou o Projeto Mais Médicos para o Brasil, mesmo tendo obtido relativo sucesso no segundo edital do PROVAB, foi a urgência em ter que prover uma quantidade ainda maior de médicos para locais que não estavam selecionados como municípios prioritários. Os motivos que impediram o MS de fazer estas alterações no PROVAB ainda permanecem como dúvida. Em segundo lugar, chama atenção o fato de o terceiro edital do PROVAB alocar os enfermeiros e os cirurgiões -dentistas em programas específicos nos municípios. A alocação desses profissionais não estaria distorcendo a base da estratégia Saúde da Família, considerada prioritária pelo governo federal, no âmbito da AB, que visa ser resolutivo por meio de uma equipe multidisciplinar? Além disso, alocar um profissional escasso em apenas um tipo de programa não estaria resolvendo o problema da população como um todo no caso dos enfermeiros alocados no PSE. Por fim, atribuir aos enfermeiros e aos cirurgiões-dentistas simultaneamente a responsabilidade de exercerem suas atividades-fim e de coordenação de programas no município parece ir de encontro ao fato de as áreas desassistidas necessitarem muito mais do profissional em termos de atividades clínicas do que em termos administrativos.

Por fim, o governo também destinou recursos à disseminação de tecnologias baseadas em telecomunicação: o Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes e a sua versão para a AB.[36] Lançados em 2011, ambos os programas têm por objetivo fornecer aos profissionais e trabalhadores das redes de atenção à saúde, ordenadas pela AB, os serviços de: teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação.[37] Estes programas foram estruturados em duas partes. A primeira é composta pelos núcleos técnico-científicos, responsáveis por ofertar os serviços. A segunda parte é composta por unidades de telessaúde demandantes dos serviços. Ainda há poucos estabelecimentos de telessaúde (núcleos e unidades) cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

36. Inicialmente era apenas um projeto-piloto em nove estados. A Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, redefiniu e ampliou o programa para todos os estados. A Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, criou um componente de informatização das UBS e é um braço do Programa Telessaúde Brasil Redes específico para a atenção básica.

37. A definição de cada um desses serviços é dada pela Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.

Os serviços ofertados pelo Programa Telessaúde Brasil Redes na AB estão voltados para as teleconsultorias por meio de um arranjo intermunicipal. No caso do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, o conjunto de serviços é mais amplo e foi desenhado para uma escala estadual. Por ser uma prática ainda relativamente nova, há poucos estudos que tenham avaliado a implantação desses serviços e seu impacto no acesso, na qualidade e na redução de custos da atenção à saúde. Uma inciativa de âmbito estadual nesta área diz respeito ao projeto Minas Telecardio (MTC). Este projeto consistiu na implantação de serviços de telecardiologia (telediagnóstico) em 82 municípios mineiros de pequeno porte. Os serviços eram prestados por meio de uma rede de telecardiologia, constituída por cinco hospitais universitários que recebiam a transmissão de eletrocardiogramas pela internet. Andrade *et al.* (2011), ao avaliarem o custo-benefício deste projeto no estado de Minas Gerais, chegaram à conclusão de que a telemedicina trouxe benefício econômico para os municípios envolvidos no projeto, ou seja, o custo do projeto foi superado pelos seus benefícios.

3.2 Média e alta complexidade

Nos últimos anos, o governo federal tem dedicado especial atenção à expansão e melhoria dos serviços de saúde mental, saúde da mulher e da criança, de atenção às urgências e de atenção às pessoas com doenças crônicas. Também têm tido destaque a atenção à saúde bucal e, mais recentemente, a atenção às pessoas com deficiência.

Na saúde bucal, os centros de especialidades odontológicas (CEOs) são o carro-chefe na atenção especializada. Atualmente, o SUS conta com 981 CEOs distribuídos em 808 municípios. O Plano Nacional de Saúde 2012-2015 prevê a implantação de novos CEOs, de modo a atingir número superior a 1.900 em 2015. A meta para 2012 era criar 188 centros, dos quais apenas 62 foram implantados. Algumas dificuldades para implantar novos CEOs foram apontadas na edição anterior do BPS e compreendem: *i)* a falta de recursos orçamentários – recursos federais incertos, baixa participação dos níveis subnacionais no financiamento; *ii)* as dificuldades para a contratação de profissionais especialistas; *iii)* a existência de exigências de difícil cumprimento, como a realização de uma quantidade mínima de determinados procedimentos mesmo quando não são demandados; e *iv)* as descontinuidades administrativas.

Nas demais áreas, o governo tem investido na formação de redes temáticas, possivelmente como alternativa às dificuldades, especialmente às limitações de governança, encontradas para a organização de redes regionalizadas de atenção – o *Tema em destaque* do capítulo de Saúde da edição anterior deste periódico levanta diversas dificuldades encontradas no processo de regionalização da atenção à saúde. Com exceções da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, as demais redes temáticas

e seus componentes foram tratados mais detalhadamente em edições anteriores deste periódico. A Rede Cegonha trata da saúde da mulher e da criança e tenta reforçar a rede hospitalar, especialmente a rede hospitalar obstétrica de alto risco, cria novas estruturas de assistência, como os centros de parto normal (CPNs), e visa à qualificação dos profissionais de saúde. O MS previa disponibilizar 390 maternidades de referência, qualificar 2.885 leitos em gestação de alto risco e 280 CPNs até 2014.[38] Os CPNs são unidades assistenciais situadas dentro, anexas ou isoladas do hospital, lideradas por enfermeiras-obstetras e voltadas ao atendimento a parturientes e recém-nascidos de baixo risco, com o objetivo de humanizar o parto e reduzir as ocorrências de cesarianas. Os centros possuem ambulâncias, equipamentos para monitoramento do trabalho de parto e assistência à gestante, e, quando não funcionam no mesmo terreno, devem ficar a, no máximo, uma hora de distância do hospital de referência para o tratamento de possíveis complicações. Não se dispõe de dados sobre os leitos para gestação de alto risco, mas os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) apontam para uma queda contínua no número de leitos obstétricos. Por sua vez, atualmente existem menos de vinte CPNs em funcionamento. Na implantação da Rede de Atenção às Urgências, particular importância tem sido dada à expansão das UPAs e do Samu 192. Em julho de 2013, 879 UPAs estavam em andamento,[39] das quais 276 estavam em funcionamento; também estão em funcionamento 206 centrais Samu – ao fim de 2011 eram 165. Até 2015, as metas estipuladas no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 são respectivamente 1.096 UPAs e 270 centrais Samu. Mantido o atual ritmo de implantação dos serviços, as metas poderão ser atingidas. Contudo, no caso das UPAs, não fica claro se a meta diz respeito a unidades em andamento ou em efetivo funcionamento – apenas 30% das UPAs em andamento em julho de 2013 estavam efetivamente funcionando. Esta diferença é particularmente importante no caso das UPAs devido à falta de especialistas para seu funcionamento.

Noutro campo de ação, a Rede de Atenção Psicossocial tem focado a desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais e a assistência a pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas, com destaque para os centros de atenção psicossocial (CAPS) – atualmente são 2.020 CAPS implantados. A meta para 2015 é de 2.290 centros implantados, o que não parece difícil de ser atingido.

Nas discussões acerca das políticas citadas em edições anteriores deste periódico, as dificuldades de contratação de médicos especialistas e a inadequada qualificação dos profissionais de saúde foram apontadas como empecilho

38. Disponível em: <http://goo.gl/fnNoFa>. Acesso em: 17 set. 2013.
39. As unidades em andamento englobam as que estão sendo construídas e que estão funcionando.

para a implantação dos CEOs, das UPAs e do Samu 192.[40] A Rede Cegonha também não tem avançado no ritmo planejado, e a evolução dos cargos ocupados no setor público e do número de médicos ginecologistas obstetras sugere que dificuldades para a contratação de especialistas também sejam empecilhos para a implementação da rede, como pode ser visto na tabela 1. Apesar da quantidade de médicos ginecologistas obstetras ter crescido, o número de postos de trabalho ocupados por estes profissionais no setor público cai sistematicamente em todas as regiões do país, uma tendência que vai ao encontro da queda do número de leitos obstétricos disponíveis e não sugere a expansão pretendida dos serviços obstétricos de alto risco.

TABELA 1
Recursos humanos – médico ginecologista obstetra, segundo o CBO,[1] – Brasil e Grandes regiões
(Em quantidade ano/mês de competência)

Brasil e Grandes regiões	Postos de trabalho no SUS					Número de profissionais				
	Dez./2010	Dez./2011	Dez./2012	Ago./2013	Variação %	Dez./2010	Dez./2011	Dez./2012	Ago./2013	Variação %
Brasil	**53.657**	**48.832**	**49.626**	**50.258**	**-6,33**	**16.411**	**17.357**	**17.639**	**17.902**	**9,09**
Norte	3.028	2.606	2.619	2.650	-12,48	745	791	795	799	7,25
Nordeste	11.443	9.710	9.748	9.739	-14,89	2.441	3.037	3.176	3.238	32,65
Sudeste	26.360	24.542	25.205	25.675	-2,60	9.854	9.957	10.039	10.142	2,92
Sul	8.860	8.361	8.632	8.746	-1,29	2.004	2.123	2.162	2.206	10,08
Centro-Oeste	3.966	3.613	3.422	3.448	-13,06	1.367	1.449	1.467	1.517	10,97

Fonte: CNES.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

Contudo, como pode ser visto na tabela 2, tem havido expansão na quantidade de enfermeiros obstétricos de modo geral no país, puxada especialmente pelo aumento da quantidade destes profissionais nas regiões Norte e Nordeste – regiões em que geralmente há maior carência de serviços e que têm sido objeto de políticas que visam à melhoria do acesso à atenção materno-infantil, como o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste-Amazônia Legal. Os enfermeiros obstétricos são cruciais para o funcionamento dos CPNs e para a atenção à gestante e ao nascituro. Como a implantação dos CPNs não tem avançado e também não parece que os leitos obstétricos estejam aumentando, acredita-se que estes profissionais estejam sendo absorvidos em outros serviços.

40. Ver edições do BPS n. 19, 20 e 21.

TABELA 2
Recursos humanos – enfermeiro obstétrico, segundo o CBO – Brasil e Grandes regiões
(Em quantidade por ano/mês de competência)

Brasil e Grandes regiões	Postos de trabalho no SUS					Número de profissionais				
	Dez./2010	Dez./2011	Dez./2012	Ago./2013	Variação %	Dez./2010	Dez./2011	Dez./2012	Ago./2013	Variação %
Brasil	**2.429**	**2.500**	**2.589**	**2.722**	**12,06**	**1.471**	**1.582**	**1.581**	**1.664**	**13,12**
Norte	342	345	356	376	9,94	183	191	206	220	20,22
Nordeste	674	666	743	766	13,65	379	379	426	444	17,15
Sudeste	1.089	1.173	1.150	1.185	8,82	703	816	755	797	13,37
Sul	208	214	251	293	40,87	127	123	129	127	0,00
Centro-Oeste	116	102	89	102	-12,07	79	73	65	76	-3,80

Fonte: CNES.
Elaboração dos autores.

O papel dos enfermeiros na rede de atenção tem sido motivo de debate – como foi visto na seção *Fatos relevantes*, onde se aborda a Lei do Ato Médico, e como será visto no *Tema em destaque* –, e com os enfermeiros obstétricos não é diferente. Por exemplo, os conselhos médicos geralmente se opõem às CPNs, reclamando a necessidade da presença do médico para a realização dos procedimentos previstos, sob alegação da falta de qualificação dos enfermeiros.

Ainda em 1998, o MS começou a apoiar cursos de especialização em enfermagem obstétrica (Dias e Domingues, 2005), mas ainda existem problemas de qualificação inadequada dos enfermeiros que participam da atenção ao parto (Dotto e Mamede, 2008) e dificuldades de aceitação de maior protagonismo dos enfermeiros obstétricos nos trabalhos das equipes de atenção ao parto (Narchi, 2009).

As outras duas redes prioritárias serão analisadas em edições futuras do BPS. Mas, para este número, pode-se fornecer, preliminarmente, uma breve descrição de cada uma delas. A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência foi lançada por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, e organiza-se a partir dos seguintes componentes: *i)* atenção básica; *ii)* atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências; e *iii)* atenção hospitalar e de urgência e emergência. A atenção especializada em reabilitação pode contar com unidades ambulatoriais especializadas em um único tipo de reabilitação, centros especializados em reabilitação (CERs) e centros de especialidades odontológicas. A atenção hospitalar e de urgência e emergência deverá instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência, qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar e ampliar o acesso ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, instituída por meio da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, compreende serviços de vigilância e prevenção, atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar especializada, serviços de urgência e emergência e assistência farmacêutica. A rede é voltada principalmente a problemas de saúde relativos ao sobrepeso e à obesidade e suas consequências – como o diabetes –, ao tabagismo e suas consequências e às neoplasias.

3.3 Vigilância em saúde

3.3.1 Vigilância em saúde e segurança no trabalho: uma breve discussão

No campo das políticas públicas, há vários órgãos atuando em saúde e segurança no trabalho. Os três principais são o Ministério da Previdência Social (MPS), o MS e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Estes órgãos são os responsáveis pela implementação e execução da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). Cada um deles tem funções específicas. As principais funções do MTE estão relacionadas à inspeção do trabalho, dos ambientes e das condições do trabalho; as do MS se relacionam ao fomento à estruturação da atenção integral à saúde do trabalhador; e as do MPS, à concessão de benefícios previdenciários decorrentes dos riscos ambientais do trabalho e a sua conexão com as ações de segurança e saúde no trabalho.[41]

Além dessas atribuições, há vários espaços para coordenação da atuação desses três ministérios. A primeira delas refere-se ao fato de caber ao MTE a fiscalização dos ambientes de trabalho, mas ser função também do MS a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância desses ambientes, dos processos e agravos relacionados ao trabalho. Cabe ao MS a assistência à saúde do trabalhador e ao MPS a reabilitação profissional.

Como tem sido feita a coordenação dessas atividades? A principal instância de coordenação é a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST), na qual esses três ministérios são os principais representantes governamentais da esfera federal e onde foi gestada a PNSST. Além disso, a partir de uma avaliação de que seria necessário selecionar alguns setores de atividade econômica para iniciar o processo de coordenação das ações conjuntas, a comissão selecionou os setores da construção civil e do transporte rodoviário de carga, os quais apresentavam elevada taxa de incidência e mortalidade por acidentes de trabalho. Para o desenvolvimento das ações, foram criados grupos de trabalho envolvendo outros órgãos governamentais, além de trabalhadores e empresários.

41. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.

Nesse processo, têm sido estabelecidas ações coordenadas entre as várias instâncias de governo, incluindo a participação de outros órgãos. No caso do grupo de trabalho sobre transporte rodoviário de carga, há representações do Departamento da Polícia Rodoviária Federal (DPRF), do Ministério da Justiça (MJ) e da Agência Nacional de Transporte Terrestre (ANTT). Além de desenvolvimento e discussão de ações conjuntas, este grupo vem acompanhando a implantação de Lei nº 12.619, de 30 de abril de 2012, que regulamenta a profissão de motorista, cujo principal objetivo é garantir a segurança no exercício da atividade profissional e evitar acidentes.

Houve avanços ao focalizar a ação em alguns setores e permitir maior coordenação da atuação. Contudo, faz-se necessário avançar na coordenação para: *i)* produção de informações sistemáticas, continuadas e completas para compreensão dos problemas relacionados à saúde e segurança no trabalho; *ii)* coordenação das ações para prevenção de acidentes de trabalho; e *iii)* assistência à saúde do trabalhador.

Entre 2008 e 2011 foram registrados quase 3 milhões de acidentes de trabalho em trabalhadores vinculados à previdência social, e com cobertura contra incapacidade laborativa decorrente de riscos ambientais do trabalho (tabela 3). A maior parte dos acidentes foi composta por acidentes típicos, mas observa-se crescimento dos acidentes de trajeto – que acontecem no deslocamento de casa para o trabalho ou vice-versa. Nesse período, a taxa de incidência de acidentes de trabalho foi, em média, de duzentos acidentes para cada 10 mil trabalhadores segurados. O conhecimento destes números e as análises que podem ser feitas a partir deles são fundamentais para a vigilância em saúde do trabalhador. Porém, eles mostram somente parte do problema, pois apenas um terço dos trabalhadores ocupados no Brasil tem cobertura previdenciária para acidentes de trabalho.

Por que são utilizadas informações da previdência social? Algumas possíveis respostas para esta pergunta referem-se ao fato do MPS ainda reportar mais acidentes de trabalho que qualquer outro órgão do Executivo Federal. Em 2009, este ministério consolidou informações de 733 mil acidentes de trabalho. Nesse mesmo ano, segundo as últimas informações que foram disponibilizadas para o Ipea, o principal sistema de vigilância em saúde e segurança do trabalho do MS, o Sistema Informações de Agravos de Notificação (Sinan), consolidou informações sobre menos de 80 mil casos de acidentes de trabalho. Outros sistemas, como o Sistema de Internação Hospitalar (SIH), vêm informando cada vez menos acidentes de trabalho ao longo dos últimos anos (Rabello Neto *et al.*, 2011). Analisando o indicador de taxa de internação hospitalar por causas externas da Rede Interagencial de Informações para a Saúde,[42] o qual mostra um aumento

42. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) produz anualmente a publicação *Indicadores e dados básicos (IDB)*, que, entre outros indicadores, apresenta a taxa de internações por causas externas, incluindo um recorte para acidentes de transporte (indicador D.30). Disponível em: <http://goo.gl/M0LDH7>. Acesso em: 29 ago. 2013.

da taxa de internação por acidentes de transporte, pode-se dizer que é pouco provável que tenha ocorrido redução das internações por acidentes de trabalho. Deve-se considerar, por exemplo, a elevada probabilidade de acidentes com motoboys, motoristas de ônibus e outros profissionais empregados em atividades típicas do transporte de cargas, pessoas e documentos. Assim, nesse caso, como em vários outros conhecidos, há importante subnotificação.[43]

No âmbito do MTE, não se dispõe de informações públicas consolidadas por meio dos sistemas de fiscalização. Os dados provenientes da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), ainda que muito importantes por acrescentarem informações sobre os trabalhadores do setor formal da economia que foram vítimas de acidentes de trabalho, apresentam, em números absolutos, praticamente as mesmas informações prestadas ao MPS.

TABELA 3
Acidentes de trabalho e taxa de incidência de acidentes de trabalho em trabalhadores segurados contra incapacidade laborativa decorrente de riscos ambientais do trabalho – Brasil (2008-2011)

	Total	Acidentes típicos	Acidentes de trajeto	Doenças relacionadas ao trabalho	Sem CAT[1] registrada	Taxa de incidência de acidentes de trabalho por 10 mil segurados
2008	**755.980**	441.925	88.742	20.356	204.957	235,5
2009	**733.365**	424.498	90.180	19.570	199.117	221,7
2010	**709.474**	417.295	95.321	17.177	179.681	197,9
2011	**711.164**	423.167	100.230	15.083	172.684	181,3

Fonte: Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT)/MPS.
Nota: [1] Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT). É um documento a ser preenchido pelas empresas toda vez que um trabalhador a ela vinculado for vítima de acidente de trabalho ou desenvolver uma doença ocupacional.

Uma possível explicação para os números informados pelo MPS serem superiores aos do MS concerne ao fato de essas informações gerarem benefícios monetários, como o auxílio-doença e a aposentadoria por invalidez acidentária ou estabilidade no emprego – doze meses para o trabalhador vítima de acidente de trabalho. No caso da saúde, o acesso ao sistema público não depende de a pessoa informar ter sofrido um acidente de trabalho. Ademais, os trabalhadores informais, ainda que saibam que o acidente esteja relacionado ao trabalho, não teriam conhecimento sobre a importância de prestar esta informação para o sistema de saúde no momento do atendimento. Assim, o estabelecimento da relação entre o acidente e o trabalho caberia muito mais à organização interna do próprio sistema de saúde.

43. Ver, entre outros, Santana, Nobre e Waldvogel (2005), Silva (2006), Amorim *et al*. (2012), Golias e Caetano (2013).

Por que o sistema tem dificuldade de estabelecer essa relação? A anamnese (entrevista detalhada e análise) de um caso relacionado ao trabalho exige capacitação, muitas vezes vigilância do ambiente de trabalho e conhecimento da realidade do mundo do trabalho. As equipes da atenção básica (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), os NASFs, os profissionais que atuam na urgência e emergência deveriam ser capacitados para identificação destes casos. O estabelecimento do nexo causal é importante para que se possa compreender o fenômeno – as causas e os riscos à saúde do trabalhador – e atuar preventivamente sobre ele.

Essa seria uma das explicações para ser realizada vigilância sentinela em saúde, por meio da qual se buscam informações mais qualitativas sobre os acidentes de trabalho, visando diagnosticar casos que merecem maior atenção. As unidades de vigilância sentinela têm por função identificar, investigar e notificar os casos confirmados de acidentes de trabalho. Entre as unidades sentinelas estão os centros de referência de saúde do trabalhador (CERESTs), com unidades em praticamente todos os estados brasileiros, parte integrante da Rede Nacional de Atenção em Saúde do Trabalhador (RENAST). Além de unidades sentinelas, os CERESTs têm outras funções, incluindo a assistencial. Contudo, sua atuação ainda necessita de avaliações com representatividade nacional. Alguns autores têm chamado a atenção para os diversos problemas enfrentados por estes centros, incluindo: problemas de qualificação dos profissionais que neles atuam; ausência de uma carreira que garanta estabilidade para o exercício das atividades; falta de recursos financeiros; entre outros. Discutem, também, as dificuldades enfrentadas para a efetiva organização da RENAST e para implementação da política de saúde do trabalhador (Leão e Vasconcelos, 2011; Sanchez *et al.*, 2009; Gomez e Lacaz, 2005).

Quando a análise se concentra nos casos fatais de acidentes de trabalho, os números consolidados pelo MPS por meio da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) parecem ser muito similares aos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do MS. Porém, esta aproximação é enganosa, pois somente alguns casos referem-se às mesmas pessoas (Waldvogel, 2011; Seade, 2012). Além disso, os sistemas do MS deveriam reportar mais casos que aqueles do MPS, visto que os trabalhadores cobertos e também aqueles sem cobertura previdenciária podem utilizar o SUS. De fato, desde 2007 há mais casos fatais de acidentes de trabalho informados ao SIM que por meio da CAT (tabela 4). Outro ponto importante é que casos confirmados de óbitos por acidentes de trabalho informados ao SIM se referem somente a causas externas, ao passo que no caso da CAT incluem doenças ocupacionais. Ou seja, estes sistemas não tratam do mesmo universo e as semelhanças são aparentes.

Dessa forma, no que se refere à produção de informações para vigilância em saúde do trabalhador, um passo fundamental seria realizar pareamentos sistemáticos de bases de dados para ampliar o conhecimento sobre os casos já conhecidos, buscando preencher as lacunas criadas por problemas de subnotificações e sub-registros. Algumas boas experiências já foram produzidas pelos próprios ministérios da Previdência, da Saúde e do Trabalho no pareamento de outros registros administrativos. São exemplos de experiências bem-sucedidas as análises internas nos próprios sistemas de cada ministério, como o cruzamento das informações da Rais com outros registros do MPS para acompanhamento da concessão de benefícios por incapacidade e seguro-desemprego. No campo da vigilância em saúde, têm sido realizados pareamentos de informações provenientes da autorização de internação hospitalar (AIH) com informações do SIM.

A realização sistemática e continuada desses processos de pareamento poderia produzir informações mais qualificadas que aquelas disponíveis hoje. Estas informações seriam importantes para a adequada vigilância do óbito por acidente de trabalho.

Como a assistência à saúde ocorre, em geral, sem um tratamento específico para os casos dos trabalhadores acidentados, os problemas referem-se, em grande medida, àqueles já conhecidos para estruturação do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento, organização de filas, tempos de espera, correta anamnese, tratamento adequado, capacitação profissional, desigualdades regionais etc. Estes problemas somam-se às dificuldades de coordenação intragovernamental para correto tratamento dos casos. Se ainda não é possível coordenar em tempo real a atenção integral ao trabalhador vítima de acidente de trabalho – incluindo, entre outros serviços, a atenção à saúde, a concessão de benefícios, a atuação do sistema público de emprego –, deveria ser possível, a partir do histórico de atendimentos prestados pelo setor público, analisar conjuntamente e de forma adequada as informações para conhecer a realidade desse trabalhador e as lacunas de ação do Estado.

TABELA 4
Casos fatais de acidentes de trabalho informados por meio da CAT e do SIM – Brasil (2005-2011)

Ano	CAT	SIM
2005	2.766	2.740
2006	2.798	2.782
2007	2.845	2.992
2008	2.817	3.089
2009	2.560	3.199
2010	2.753	3.503
2011	2.884	3.670

Fonte: AEAT/MPS e SIM/MS.

3.3.2 O Programa Nacional de Imunização

Em 2013, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) completa 40 anos. Por meio deste programa, foi estabelecido e uniformizado um calendário vacinal, realizado o planejamento da introdução de novas vacinas, iniciadas campanhas de imunização, entre outras ações (Brasil, 2013c).

O programa foi formulado em 1973, mas o primeiro calendário vacinal foi implantado em 1977. Este era voltado para população infantil e previa as seguintes vacinas: tríplice bacteriana (DTP) contra difteria, tétano e coqueluche; Bacilo Calmette-Guerin (BCG) contra tuberculose; monovalente contra sarampo; e oral contra poliomielite (Domingues e Teixeira, 2013).

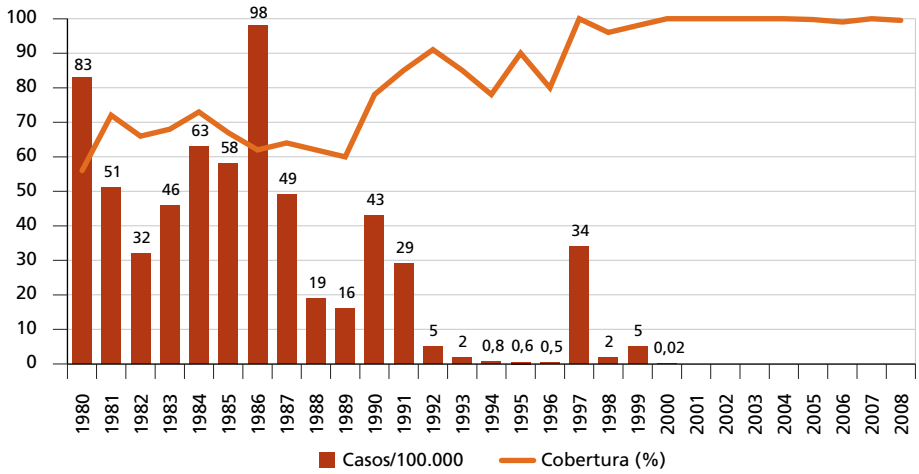
Ao longo dos anos, novas vacinas foram introduzidas e novos grupos populacionais passaram a ser cobertos. A partir da evolução do conhecimento técnico-científico, houve, também, mudanças em algumas vacinas. Hoje o calendário de vacinação inclui catorze vacinas. Cobre crianças, jovens, adultos e idosos. "Em 2011, ao redor de 179 milhões de doses de imunobiológicos foram aplicadas, das quais aproximadamente 32 milhões (17,9%) foram doses de vacinas administradas em atividades de rotinas do PNI em menores de 1 ano de idade no Brasil" (Domingues e Teixeira, 2013, p. 12).

Em 2012 a vacina inativada poliomielite (VIP) e a vacina pentavalente (DTP/HIB/hepatite B) foram introduzidas no calendário de vacinação. Desde setembro de 2013 a vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) está disponível no SUS.[44]

A progressiva implementação do SUS acelerou e ampliou a capacidade resolutiva do PNI. Por meio de um processo de descentralização, foram organizados serviços de saúde onde antes eles não existiam ou eram muito incipientes. Foram alcançadas altas coberturas vacinais em todas as regiões do país, o que levou ao efetivo controle de várias doenças imunopreveníveis (Barreto *et al.*, 2011). O sarampo é um destes casos bem-sucedidos de controle e prevenção (gráfico 1). Há vários outros exemplos, como as reduções de casos de paralisia infantil, o sucesso das campanhas de vacinação na erradicação da poliomielite (Nascimento, 2011; Domingues e Teixeira, 2013), recentes controles de Influenza A (H1N1), entre outros (Domingues e Teixeira, 2013).

44. Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013.

GRÁFICO 1
Número de casos autóctones de sarampo e cobertura com a vacina monovalente contra sarampo entre menores de 1 ano de idade e com a tríplice viral entre crianças de 1 ano de idade[1] – Brasil (1980-2008)



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização.
Nota: [1] Até 2002 , vacina monovalente; a partir de 2003, tríplice viral.

O programa de vacinação alcança as parcelas mais pobres da população (Barata *et al.*, 2012), mas também tem alta cobertura na parcela da população que possui planos e seguros de saúde. Segundo informações provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2008, a vacinação, juntamente com outros programas de prevenção, foi o segundo principal motivo de busca por atendimentos nos serviços de saúde, principalmente nos postos e centros de saúde (IBGE, 2010).

Por meio de um processo de compras centralizadas, o programa também induziu a formação de importante parque nacional de produção de vacinas e, com isso, possibilitou a incorporação de novas vacinas oferecidas por meio do SUS (Brasil, 2003; Homma *et al.*, 2011).

3.4 Assistência farmacêutica

A política de assistência farmacêutica no SUS não sofreu grandes alterações até o fim do primeiro semestre de 2013: além de medidas de contingência específicas para tratamento oncológico – mencionadas na seção *Fatos relevantes* –, observou-se apenas a continuidade das políticas adotadas em 2012.

Entre essas, destaca-se a implementação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS), que busca expandir a contratação de farmacêuticos e melhorar a qualificação da mão de obra em assistência

farmacêutica. Este programa foi instituído em junho de 2012[45] e consiste na transferência de recursos para os municípios melhorarem as condições da atenção farmacêutica disponibilizada no âmbito da atenção básica aos seus cidadãos.

O programa é organizado segundo quatro linhas de ação, chamadas de "eixos", cada uma com objetivos específicos.

O Eixo Estrutura tem como objetivo a melhoria das condições em que a assistência farmacêutica é prestada nos municípios, transferindo recursos que podem ser usados para investimento – compra de equipamentos e mobiliários – e custeio – manutenção da conectividade para o Sistema Hórus[46] e contratação de profissional farmacêutico. É vedada a compra de medicamentos com estes recursos.

Os critérios para definição dos municípios elegíveis a receber os recursos nesse eixo são: municípios com até 100 mil habitantes, com população em situação de extrema pobreza,[47] constantes no programa Brasil Sem Miséria. A cada ano um número máximo de municípios é definido para cada grande região do país, segundo porte populacional. Dessa forma, em alguns anos, espera-se que todos os municípios elegíveis possam ser alcançados pela política.

Para ser selecionado o município deve atender três critérios: estar habilitado no PMAQ-AB e no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, além de ter aderido ao Sistema Hórus.[48] O tempo de adesão a este sistema serve como critério ordenador dos municípios, favorecendo os que usam o sistema há mais tempo.

TABELA 5
Número de municípios elegíveis e selecionados pelo Qualifar-SUS – Eixo Estrutura

Brasil e Grandes regiões	2012		2013	
	Elegíveis	Habilitados no ano	Elegíveis	Habilitados no ano
Norte	242	49	189	49
Nordeste	1.345	260	1.085	260
Sudeste	325	73	252	73
Sul	238	49	192	49
Centro-Oeste	107	22	86	22
Brasil	**2.257**	**453**	**1.804**	**453**

Fonte: Portarias MS/GM nº 1.215/2012 e nº 980/2013 e lista de municípios elegíveis em 2012 e 2013. Disponível em: <http://goo.gl/P4C11a>.
Elaboração dos autores.

45. Portaria GM/MS nº 1.214, de 13 de junho de 2012.
46. O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, ou Sistema Hórus, é uma ferramenta que auxilia na administração da assistência farmacêutica, permitindo o acompanhamento da distribuição e dos estoques.
47. Embora essa seja a definição exata constante na Portaria MS/GM nº 1.215, de 13 de junho de 2012, este não é um critério preciso. Praticamente todos os municípios têm ao menos parte de sua população em situação de extrema pobreza, variando apenas o quanto da população total é afetada.
48. Ou possuir outro sistema que seja compatível com esse.

Os valores dos recursos para investimento variam de acordo com o porte populacional e são transferidos em parcela única; os recursos para custeio são definidos independentemente do porte do município e transferidos em parcelas trimestrais. O principal objetivo do Qualifar-SUS Eixo Estrutura é o fomento à utilização do Sistema Hórus, por meio do qual também é realizado o monitoramento do uso dos recursos; subsidiariamente esse monitoramento também é feito pelo PMAQ-AB.

Outro eixo do programa é o Eixo Educação, que visa à educação permanente e à capacitação da mão de obra vinculada à atenção farmacêutica. Para 2013, este eixo ofereceu um curso de capacitação[49] com carga horária de 16h que deveria treinar um total de 320 profissionais ao longo do ano. Destaca-se que a seleção para o treinamento neste eixo não possui nenhuma sinergia explícita com o Eixo Estrutura[50] e, no limite, todos os profissionais treinados podem ser de municípios não habilitados pelo Eixo Estrutura.

O terceiro eixo do programa é chamado de Eixo Informação e visa obter informações consolidadas das três esferas de governo que atuam comprando medicamentos para o SUS e também dos medicamentos fornecidos por meio da Farmácia Popular.

A organização descentralizada do SUS fornece uma série de benefícios. Por exemplo, os gestores municipais, dada sua proximidade com a população, estão mais bem posicionados para identificar as demandas locais. Contudo, a dispersão das informações prejudica o planejamento do sistema. É difícil, por exemplo, identificar os medicamentos que seriam comprados de forma mais eficiente pelo governo federal e quais seriam comprados mais eficientemente de forma descentralizada.

Assim, esse eixo visa a constituir uma ferramenta de planejamento para o SUS, consolidando uma base de dados da demanda da população por medicamentos junto ao sistema. As diretrizes para tanto foram estabelecidas em 2013,[51] criando a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica. O sucesso de tal iniciativa depende da alimentação da base por todos os entes federados, e, nesse sentido, são importantes os aspectos de incentivo à utilização do Sistema Hórus incluídos no Eixo Estrutura, em benefício dos municípios que utilizam o sistema.

---

49. Capacitação em Assistência Farmacêutica para Profissionais do Sistema Único de Saúde – Com Uso de Simulação Realística.

50. "Os critérios de seleção serão: a) comprovação dos documentos solicitados no item 5.3; b) ordem de inscrição; c) análise do currículo resumido (tempo de experiência profissional na área)." Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=41726&janela=1>. Acesso em: 27 fev. 2013.

51. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013.

O último eixo do Qualifar-SUS é chamado de Eixo Cuidado. Pouca informação adicional à contida na portaria que cria o programa está disponível sobre as ações a serem desenvolvidas por este eixo. Esse documento inicial limita-se a afirmar que o Eixo Cuidado se destina a melhorar a integração entre a prática clínica e a atenção farmacêutica.

Dada a escassez de recursos e a explícita focalização em municípios com maior proporção de população pobre do Eixo Estrutura, seria mais adequado concertar todos os eixos do programa de forma a garantir que estes municípios tivessem todos os aspectos da atenção farmacêutica beneficiados. Destaca-se que muitos dos municípios de maior porte, por exemplo, São Paulo e Rio de Janeiro, já contam com sistemas próprios para administração e gerenciamento da atenção farmacêutica. É necessário outro tipo de política para que esses municípios utilizem o Sistema Hórus ou, ao menos, alimentem a base nacional de dados a partir de seus sistemas.

3.5 Saúde Suplementar

O financiamento dos cuidados à saúde por meio dos seguros privados tem um papel bastante importante no sistema de saúde brasileiro, seja ao considerar os valores monetários movimentados pelo setor anualmente (mais de R$ 95 bilhões em 2012), seja ao ter em conta que aproximadamente um quarto da população está coberta por este tipo de seguro. Ademais, a Saúde Suplementar não atua isoladamente, mas interage continuamente com o SUS, disputando insumos – como mão de obra e leitos, por exemplo – e oferecendo cobertura paralela aos seus beneficiários.

Quando da criação do SUS em 1988, o país já dispunha de alguns esquemas de financiamento de acesso à saúde privada, tanto no formato de seguro saúde quanto no formato de assistência disponibilizada pelo empregador como um *fringe benefit*.[52] Partindo dessa estrutura já existente o mercado evoluiu até a estrutura atual.

Nesta edição do BPS, em que o tema em destaque é trabalho, retoma-se a análise da Saúde Suplementar em uma seção específica. Isto é especialmente oportuno devido ao fato de o vínculo empregatício formal ser a principal forma de acesso aos planos de saúde. Ademais, a regulação do trabalho médico é um ponto central para o bom funcionamento do sistema de saúde (SUS e Saúde Suplementar), já que no arranjo atual os médicos em geral prestam serviços tanto ao setor público quanto ao setor privado sem regulação alguma.

52. Trata-se por *fringe benefit* benefícios adicionais aos normais (ou obrigatórios) a que os trabalhadores têm acesso ao ocuparem um vínculo de emprego formal, ou seja, benefícios que são oferecidos por iniciativa do empregador.

Para ilustrar o primeiro ponto, a tabela 6 mostra que os planos com contratação coletiva representam a maioria da população coberta nos três anos para os quais se dispõe de informação.

TABELA 6
Cobertura de planos de saúde segundo a forma de contratação
(Em % da população)

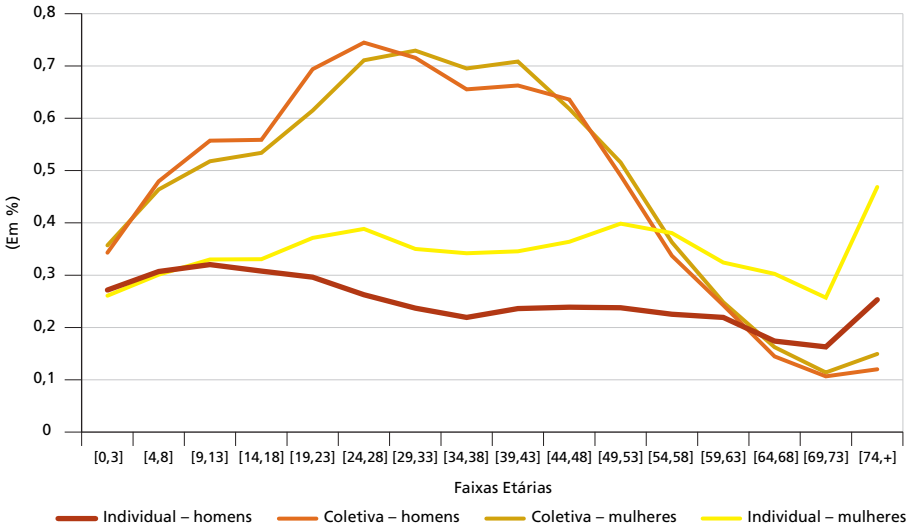
	Coletiva	Individual	**Total**
1998	14,97	9,48	**24,45**
2003	14,09	10,46	**24,55**
2008	14,99	9,48	**24,47**

Fonte: microdados das PNADs 1998, 2003 e 2008.
Elaboração dos autores.

Ao analisar a cobertura de planos por faixas etárias (gráfico 2), nota-se outro aspecto importante do mercado de trabalho como forma de acesso a este tipo de cobertura. Primeiramente, os beneficiários de planos de contratação coletiva se concentram nas faixas etárias em idade ativa e também nos menores de 18 anos, estes provavelmente como dependentes dos mais velhos. Em segundo lugar, os beneficiários com planos de contratação individual têm uma distribuição mais estável ao longo das faixas etárias; os beneficiários do sexo masculino, contudo, são sobrerrepresentados nas faixas etárias mais jovens.

No sistema de saúde brasileiro, os recursos são livres para circular entre os sistemas público e privado. Assim, a maioria dos provedores e médicos trabalha simultaneamente para o SUS e para a Saúde Suplementar. Como consequência, os beneficiários da Saúde Suplementar têm à sua disposição uma quantidade maior de recursos médicos que a parte da população que usa exclusivamente os serviços do SUS. Levantamento feito por Scheffer, Biancarelli e Cassenote (2011) mostra que para cada mil usuários de planos e seguros de saúde existem 7,60 postos de trabalho médico ocupados. Esta quantidade é muito superior ao 1,95 postos existentes em estabelecimentos públicos por mil indivíduos que usam exclusivamente o sistema público. A situação é mais dramática ainda porque parece que a concentração está crescendo a favor do setor privado. Para cada médico registrado verifica-se o crescimento de 1,35 médicos ocupando posto de trabalho no setor público. No setor privado o impacto é maior: 1,86 médicos ocupados para cada unidade de médico registrado. Esta disparidade crescente parece incompatível com um sistema de saúde público que se pretende universal. Contudo, isto não quer dizer que os usuários de planos de saúde tenham todas as suas necessidades atendidas. Apesar de algumas localidades terem alta concentração de médicos, o aumento desproporcional da população coberta pela Saúde Suplementar implica falta de profissionais para atender este setor.

GRÁFICO 2
Cobertura por planos de saúde segundo a forma de contratação – Brasil (2008)



Fonte: Microdados da PNAD 2008.
Elaboração dos autores.

Ademais, apesar de os médicos preferirem ocupar postos de trabalho no setor privado, a relação entre médicos e operadoras é conflituosa em torno da remuneração dos procedimentos e do reajuste destes valores, como relatado na edição anterior deste periódico. Ainda que esta disputa tenha sido de alguma forma refreada pela movimentação dos médicos em outra frente – como nas mudanças propostas pelo governo para a saúde pública –, a categoria mobilizou-se, recentemente, e promoveu, em 25 de abril de 2013, o Dia Nacional de Alerta aos Planos de Saúde. Esse evento, de amplitude nacional, organizava suas demandas em quatro pontos,[53] que podem ser resumidos à defesa da definição de uma forma de remuneração na Saúde Suplementar pelos médicos que seguisse a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Sobre essa demanda específica, pode-se afirmar inicialmente que, embora a CBHPM consista em um instrumento útil de organização dos procedimentos da saúde no sistema, a vinculação dos preços aos procedimentos de forma concertada – em nível estadual ou nacional – redundaria, a rigor, em uma

53. "1- Reajuste das consultas, a partir de critérios a serem definidos em cada Estado, tendo como referência a CBHPM em vigor (R$ 67,82 em 2012); 2- Reajuste dos procedimentos, tendo como balizador a CBHPM em vigor (2012); 3- Por uma nova contratualização, baseada na proposta das entidades médicas nacionais; 4- Re-hierarquização dos procedimentos, feita com base na CBHPM; 5- Apoio ao Projeto de Lei nº 6.964/2010, que trata da contratualização e da periodicidade de reajuste dos honorários pagos aos médicos." Disponível em: <http://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 11 nov. 2013.

coordenação entre concorrentes, de forma que seus preços só poderiam divergir acima dos valores estabelecidos na tabela.[54] Essa saída criaria claramente um problema concorrencial.

3.6 Gestão

3.6.1 Acesso a serviços de saúde

Ao completar 25 anos, o SUS coleciona conquistas e desafios. A maior conquista, a universalização do direito de acesso a uma atenção integral. O maior desafio, a incorporação, pela sociedade e pelo Estado, da relevância do sistema público, capaz de colocar a saúde entre as prioridades dos governos e assegurar financiamento adequado.

Desde sua criação, o SUS tem sido açoitado pelos problemas decorrentes do financiamento insuficiente para cumprir seus objetivos e realizar seus princípios: universalidade, integralidade, equidade. E o acesso, embora tenha se ampliado significativamente, segue sendo o repto mais importante. Acesso oportuno a uma atenção à saúde resolutiva e de qualidade é demanda permanente, sempre presente nas conferências de saúde, nas pesquisas acadêmicas e de opinião e nas pautas dos movimentos sociais. Suas expressões concretas mais visíveis são a dificuldade de acesso a exames e tratamentos, a consultas com especialistas e à realização de cirurgias eletivas.

Inexistem dados consolidados em âmbito nacional sobre as listas de espera e as filas. No entanto, informações divulgadas em janeiro de 2013 pela *Folha de S. Paulo*,[55] que obteve dados junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com base na Lei de Acesso a Informação, permitem avaliar a dimensão do problema. Havia 660.840 pedidos de consultas, exames ou cirurgias na fila de espera dos serviços de saúde municipais em outubro de 2012. Para realizar uma ultrassonografia transvaginal, para o diagnóstico de câncer no ovário, eram 72.517 pedidos, indicando um tempo de espera de, no mínimo, seis meses. A espera pela realização de um eletroneuromiograma, com 9.876 pessoas na lista, pode demorar até 35 meses. Para realizar uma consulta com proctologista, o usuário do SUS em São Paulo precisa aguardar, em média, cerca de dezoito meses. Para consultar um dermatologista, espera, em média, seis meses. As consultas de oftalmologia, neurologia, psiquiatria, cardiologia, endocrinologia/metabologia, mastologia, geriatria e fisiatria envolvem esperas entre dez e trinta dias. Há esperas de até nove dias para consultas de genética clínica, hansenologia, reumatologia, urologia, infectologia e homeopatia.

54. Contrariando o estabelecido no inciso I do § 3º do Artigo 36 da Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011, e o anteriormente disposto no inciso I do Artigo 21 da Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994.

55. Folha de São Paulo. Fila do serviço médico da rede municipal de SP tem 661 mil pedidos. 18.01.2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1216671-fila-do-servico-medico-da-rede-municipal-de-sp-tem-661-mil--pedidos.shtml>.

Apenas quatro especialidades não registravam espera: ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica e oncologia. Duas hipóteses podem ser aventadas para a ausência de espera. A primeira, a existência de efetividade e suficiência do atendimento nestas especialidades. É uma hipótese plausível, em São Paulo, de que isso ocorra em relação à oncologia. Mas há grande possibilidade de que opere uma segunda hipótese: a de que haja ausência de registro da espera na atenção básica, onde, em geral, a busca é feita diretamente nas UBS pela população, que, recebendo senhas na unidade de saúde, nem sempre consegue acessar o serviço e retorna para casa sem que fique registrada a sua busca por atendimento.

O enfrentamento desse problema tem sido objeto de diversos programas e mecanismos destinados a melhorar o acesso ou reduzir o tempo de espera.

O acolhimento com classificação de risco é um deles. Integra as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e é uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários com necessidades mais urgentes sejam atendidos com prioridade e não por ordem de chegada. Realizado por enfermeiros, esse procedimento não tem como objetivo determinar quem vai ser atendido ou não: ele define tão somente a ordem do atendimento, a partir de critérios preestabelecidos pela equipe de saúde.

Outra medida são os mutirões para cirurgias eletivas, criados em 1999 e ampliados por meio da Política Nacional de Acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade,[56] do governo federal, que prevê a realização de mutirões nacionais e a transferência aos estados de recursos específicos para essas ações, com o objetivo de zerar as filas de espera pelas cirurgias eletivas (procedimentos de média complexidade) e reduzir as desigualdades regionais de acesso a esses procedimentos. A portaria define procedimento cirúrgico eletivo como sendo "todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em serviço de saúde ambulatorial/hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência" (Brasil, 2008). Cirurgias de catarata e mais vinte procedimentos das especialidades de ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular e outros de oftalmologia são considerados prioritários, sendo de inclusão obrigatória em todas as propostas estaduais e municipais apresentadas. Na ortopedia, procedimentos de alta complexidade poderão ser considerados entre os procedimentos prioritários.

56. Portaria nº 958, de 15 de maio de 2008. Redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade – em substituição à Portaria nº 252, de 6 de fevereiro de 2006.

Com base em demandas de estados e municípios, apresentadas em projetos submetidos ao MS, essas ações são financiadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) transferidos para os fundos municipais ou estaduais. Os mutirões nacionais contam com o suporte de hospitais especializados do SUS, como o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Into) e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Para o período 2013-2014 foram previstos R$ 579,1 milhões para realização de cirurgias eletivas.

Estados e municípios têm também desenvolvido iniciativas visando melhorar o acesso e reduzir filas de espera. Em São Paulo, a prefeitura do município instituiu a Rede Hora Certa, que cria unidades que prestam três formas de atendimento: ambulatório para consulta, salas para cirurgias eletivas de baixa complexidade (com data marcada) e laboratório de exames de imagem. Em caráter transitório, estão sendo firmados convênios com consultórios e centros cirúrgicos particulares para ampliar e acelerar o atendimento à população usuária do SUS.

Não obstante, assegurar o acesso dos cidadãos a serviços de saúde resolutivos em tempo oportuno segue sendo o grande desafio do SUS. A expansão e melhoria da efetividade da atenção básica, atuando na prevenção e detecção precoce de riscos, assim como no encaminhamento adequado e oportuno a especialistas, é uma condição necessária à obtenção de melhores condições de atendimento.

3.6.2 Tratamento do câncer

Em outra frente, a questão do acesso está sendo tratada de forma diversa. Pacientes com diagnóstico de câncer deverão ter o tratamento iniciado em até sessenta dias após o registro em prontuário do SUS. A medida está prevista na Lei nº 12.732, aprovada em 2012 e em vigor desde maio de 2013. A lei determina que, neste prazo, deverá ter sido assegurada a intervenção prescrita pelo médico: cirurgia, sessões de quimioterapia ou radioterapia. Estabelece, ainda, que "a padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados" (Brasil, 2012b). Adicionalmente, determina, que "estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação" (Brasil, 2012b).

O cumprimento da lei, contudo, exige medidas destinadas a ampliar a rede assistencial, aumentar sua efetividade e estimular a formação de médicos especialistas no tratamento do câncer. O MS e o Instituto Nacional do Câncer (Inca) estão conscientes do risco.

A assistência de alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica inclui hospitais habilitados, como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), e estabelecimentos de saúde não hospitalares autorizados, como serviços isolados de radioterapia e quimioterapia. Esta assistência abrange sete modalidades, que devem atuar integradamente: diagnóstico, cirurgia, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

O Inca mantém uma Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica (Darao), que tem como objetivo formular diretrizes e oferecer suporte técnico às secretarias de saúde, em parceria com outras áreas do MS, no planejamento, na organização e na avaliação das ações de detecção precoce do câncer e na organização e no aprimoramento das redes de assistência ao tratamento do câncer no âmbito do SUS. Em parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde, o Inca atua na expansão e qualificação da rede de assistência em oncologia, apoiando a implantação e a habilitação de Unacons ou Cacons.

Unidades de saúde que ofertam serviços de radioterapia serão estimuladas a adotar um terceiro turno de funcionamento – atualmente, o atendimento costuma ocorrer pela manhã e pela tarde –, de cinco horas de duração. Até maio, 93 serviços haviam demonstrado interesse em expandir o horário de funcionamento. Outra alternativa que está sendo considerada é a contratação de hospitais da rede privada para prestação de serviços ao SUS.

Para ampliar a disponibilidade de profissionais, o MS criou um incentivo financeiro para a abertura de novas vagas de residência em áreas prioritárias, que incluem a oncologia clínica, pediátrica e cirúrgica. Desenvolve ainda o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), que financia bolsas destinadas a profissionais médicos selecionados em programas de residência, em diversas especialidades, em regiões prioritárias para o SUS (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), tendo em vista o estímulo à ampliação do número de oncologistas.

Foi criado também o Sistema de Informação do Câncer (Siscan) para auxiliar estados e municípios, que são os gestores dos serviços oncológicos da rede pública, a gerenciar sua fila de espera e acelerar o atendimento. A partir de agosto de 2013, todos os registros de novos casos de câncer terão de ser feitos pelo Siscan. O sistema funcionará em plataforma web, facilitando o acesso e o preenchimento pelo gestor local, e permitirá a integração dos dados dos atuais sistemas do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (Sismama) e do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), hoje independentes. A cobertura das informações se estenderá a todos os tipos de câncer. O Siscan

estará também integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADSUS web), permitindo a identificação dos usuários pelo número de seu cartão e a atualização automática de seu histórico de seguimento – mesmo que atendido em outro serviço de saúde ou em outro município/estado.

Paralelamente, o MS instituiu a Rede Nacional de Desenvolvimento e Inovação de Fármacos Anticâncer (REDEFAC), com o objetivo geral de promover o desenvolvimento científico e tecnológico de fármacos, medicamentos e produtos para diagnóstico em oncologia, de forma a contribuir com a implementação de políticas públicas de controle do câncer.

Mas todas essas ações, ainda que relevantes e necessárias, não serão suficientes para, no curto prazo, assegurar a estruturação de condições de atendimento oportuno e adequado. Auditoria Operacional da Política Nacional de Atenção Oncológica realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) evidenciou "que a estrutura da rede de atenção oncológica não tem possibilitado acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer" (TCU, 2011). Entre as falhas apontadas pelo relatório, destaca-se que, "a partir do confronto do número de atendimentos realizados com as necessidades estimadas, constatou-se que a produção de 2010 cobriu apenas 65,9% da demanda por radioterapia" (TCU, 2011) e que existiam fortes carências na Rede de Atenção Oncológica em relação à radioterapia. Na ata da reunião do Conselho Consultivo do Inca (Consinca), de 13 de abril de 2005, constou que mais de 100 mil pessoas não tinham acesso a tratamento em função do *deficit* de equipamentos. Passados quatro anos, a ata do Consinca, de 15 de abril de 2009, informou que ainda havia 90 mil pessoas sem acesso a tratamento de radioterapia.

O mesmo relatório aponta também que:

> as análises quantitativas realizadas com dados extraídos do SIA/SUS e dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) organizados pelo Inca e pela Fundação Oncocentro de São Paulo demonstraram que os tratamentos oncológicos providos pelo SUS não têm sido tempestivos. O resultado da análise dos dados das APACS de quimioterapia e radioterapia indicou que o tempo médio de espera entre a data do diagnóstico e o início dos tratamentos foi de 76,3 e 113,4 dias, respectivamente. Apenas 15,9% dos tratamentos de radioterapia e 35,6% dos de quimioterapia iniciaram-se nos primeiros 30 dias. Pelos dados do RHC de São Paulo de 2009, o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 46,6 dias e apenas 52,4% dos tratamentos foram iniciados em 30 dias. Os dados do RHC do Inca de 2007, por sua vez, evidenciam que o tempo médio de espera para o início dos tratamentos foi de 70,3 dias e que, somente, 38,4% dos tratamentos foram iniciados nos primeiros 30 dias. (TCU, 2011).

O monitoramento da ocorrência de casos, a promoção e prevenção orientada a grupos de risco e o atendimento precoce são essenciais para o enfrentamento da incidência crescente – estimativas do Inca para 2012 indicavam a expectativa de um total de 257.870 casos novos de câncer para o sexo masculino e 260.640 para

o sexo feminino (Inca, 2011) – e impõem a priorização de medidas que estruturem redes regionalizadas de atenção à saúde, capazes de oferecer tratamento tempestivo, assegurar a universalidade e garantir a integralidade, princípios basilares do SUS.

3.6.3 Recursos humanos

Se existe insuficiência de redes, em aspectos materiais, há outra dimensão que constitui enorme desafio para que o SUS atinja condições de operação compatíveis com seus objetivos: a disponibilidade de profissionais de saúde. As medidas recentes do governo, com a criação do Programa Mais Médicos, apesar de focalizarem uma categoria profissional fundamental para o sistema, como será visto em mais detalhes na seção *Tema em destaque*, apenas tangenciam o problema. Insuficiência de outros profissionais de saúde, ausência de políticas de pessoal adequadas, remuneração pouco atrativa, precariedade dos vínculos, intensa rotatividade são questões que se mantêm na agenda à espera de solução adequada. Questões complexas para as quais não existem soluções simples.

Desde 2009, está tramitando na Câmara dos Deputados uma proposta de emenda à constituição (PEC) para criação de uma carreira federal para médicos, que tornaria o exercício da medicina no serviço público federal, estadual e municipal privativa dessa carreira (PEC nº 454/2009). O Conselho Federal de Medicina defende a criação da carreira federal para médicos e entende que ela ajudaria a atrair médicos para áreas remotas ou periferias das grandes cidades. Ainda que isso não esteja definido na PEC, a ideia é que os médicos se manteriam nessas localidades por algum tempo e só se movimentariam para outras localidades por regras de promoção e progressão previamente definidas. Por esta proposta, o médico de Estado atuaria em regime de dedicação exclusiva, não podendo exercer outro cargo público a não ser o magistério.

A proposta apresentada pela categoria médica – de criação de uma carreira federal para si – desconsidera completamente o caráter descentralizado do sistema de saúde brasileiro, onde a gestão das unidades é responsabilidade das esferas subnacionais. E, acima de tudo, os médicos constituem apenas uma das categorias profissionais relevantes para o sistema. Uma política de pessoal adequada precisa considerar o caráter multiprofissional da produção do cuidado em saúde e tratar adequadamente o conjunto delas.

Na ausência de políticas públicas adequadas, o que se tem observado é a proliferação de medidas de terceirização e de transferência das ações para o setor privado. Esta situação se agrava com a imposição de limites ao gasto com pessoal, em um setor que é intensivo em mão de obra, para cumprir os parâmetros estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).[57]

57. Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) é como se tornou conhecida a Lei Complementar nº 101, de 4 de abril de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal.

Uma tentativa de criar uma legislação de âmbito nacional para instituir fundações estatais não prosperou. No entanto, esta alternativa vem sendo utilizada por alguns estados. Na Bahia, a Fundação Estatal Saúde da Família vem assumindo, desde 2009, a responsabilidade de prover quadros para a atenção primária. É um órgão integralmente público, intermunicipal, integrante da administração indireta do Estado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e dotado de personalidade jurídica de direito privado. Constituída por 69 municípios baianos, atua em todas as regiões do estado, na estratégia Saúde da Família, como uma instituição do SUS, e apresenta-se como "modelo de gestão interfederativa (...) que cumpre função essencial para a gestão compartilhada de serviços de saúde integrados com os entes federativos" (FESF-SUS, 2009). A instituição visa dar mais agilidade às ações do setor público por meio de:

> a) gestão associada e compartilhada do serviço de saúde; b) desenvolvimento de ações e serviços objetivando a qualidade e comprometidos com a pactuação e avaliação de metas e resultados; c) valorização profissional, com plano de emprego, carreira e salários e educação permanente; d) controle social pelos conselhos de saúde e governança pública (FESF-SUS, 2009, p. 34).

Para especificar o caráter de ente público da fundação, o documento esclarece:

> a FESF-SUS só pode prestar serviços ao setor público, isto é, está vedada a cobrança direta ou indireta dos seus serviços aos usuários ou a venda de serviços a empresas privadas e planos de saúde. Ela não produz bens e serviços para o mercado, só para o setor público e mediante contrato de gestão. Seus serviços são universais, sendo vedada a "dupla porta" de acesso e a segmentação da clientela (FESF-SUS, 2009, p. 34).

Seu principal mecanismo de operação foi a criação de uma carreira pública de âmbito estadual para os profissionais da estratégia Saúde da Família, visando desprecarizar as relações de trabalho vigentes e assegurar maior estabilidade e segurança aos vínculos de emprego no âmbito da atenção básica: o Plano de Empregos, Carreiras e Salários da FESF-SUS. Criou, com isso, a primeira Carreira Intermunicipal de Abrangência Estadual na Saúde da Família, que, além do vínculo de emprego com garantia de direitos trabalhistas, permite a mobilidade sem demissão entre os municípios baianos que aderirem à FESF-SUS. A carreira também prevê um Adicional de Localização (AL) destinado a profissionais contratados para lugares com dificuldades de fixar servidores. Ademais, a forma de vinculação dos gestores municipais à FESF – o contrato de gestão – permite que os recursos a ela repassados sejam previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA) do município como "serviços de terceiros: pessoa jurídica (PJ) – serviços de atenção à saúde" (FESF-SUS, 2009), escapando aos limites com gasto de pessoal impostos pela LRF.

Ainda que selecionados por meio de concurso público, o vínculo de emprego dos profissionais de saúde não é, contudo, o de estatutário – o servidor não integra

os quadros da administração direta –, mas de celetista, isto é, os contratos são realizados com base na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que tem levado alguns críticos a destacar o caráter de precarização das relações de trabalho no âmbito do SUS (Cardoso e Campos, 2013, p. 219-232). A ausência de estabilidade e as condições diferenciadas relativas ao vinculo de trabalho (salário, aposentadoria etc.) seriam geradoras da coexistência de condições de vínculo profissional desiguais para profissionais realizando tarefas similares.

Medida de âmbito estadual e específica para o nível de atenção básica, ainda que possa resolver pontualmente um grave problema, a FESF-SUS não enfrenta de forma suficiente o desafio posto à gestão de pessoal do sistema de saúde.

O MS tem buscado soluções que também enfrentam de forma fragmentária o problema. Suas iniciativas estão mais referidas às responsabilidades explicitadas na legislação do SUS (Lei nº 8.080/1990), em que se estabelece que são atribuições comuns às três esferas de governo a "participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde" (Brasil, 1990a, Artigo 15, inciso IX), cabendo à direção nacional do SUS, como responsabilidade privativa, "promover a articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde" (Brasil, 1990a, Artigo 16, inciso IX). "Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde" são responsabilidades atribuídas à direção municipal do SUS (Brasil, 1990a, Artigo 18, inciso I).

Na esfera federal, essas atribuições são desempenhadas pela SGTES/MS, que tem como objetivo "contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde" (Brasil, 1990a).

Nos últimos anos, vários programas/ações vêm sendo implementados; a maior parte deles voltada a ampliar o acesso e redirecionar a formação profissional. Ações no campo da gestão do trabalho têm se dirigido a incentivar modelos que visem à construção de plano de carreiras de base estadual, com gestão bipartite e financiamento tripartite, direcionados para a atenção básica, em caráter similar à experiência da Bahia. Mais uma vez, se evidencia a fragmentação na abordagem da questão, ao tratar de forma particular os profissionais ligados à atenção básica e não considerar o conjunto dos profissionais do SUS. A mais importante iniciativa talvez tenha sido a tentativa de incentivar médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas a optarem por atuar em equipes multiprofissionais no âmbito da atenção básica e da estratégia Saúde da Família, bem como em equipes que desenvolvam a atenção à saúde das populações ribeirinhas, quilombolas, assentadas e indígenas,

por meio do PROVAB.[58] Os profissionais que participam do PROVAB recebem bolsa federal no valor de R$ 8 mil mensais e tem suas atividades supervisionadas por uma instituição de ensino. A esses profissionais é oferecido curso de especialização com foco na atenção básica, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Para os médicos que participem por pelo menos um ano do programa e sejam bem avaliados, o PROVAB assegura bonificação de 10% na pontuação dos exames de seleção para residência médica.[59]

Na esfera da formação profissional há um espectro mais amplo de intervenções. Por meio do financiamento de bolsas, o MS tem operado para incentivar a formação especializada (residência médica) em áreas estratégicas para o SUS por meio de alguns programas.

O Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (*Residência*) financia bolsas destinadas a profissionais de saúde interessados em se especializar na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos para o SUS e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde.

O Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas[60] se destina a apoiar a formação de médicos especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da expansão de Programas de Residência Médica (PRMs), que incluem especialidades básicas e as prioritárias no âmbito da saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção básica e atenção perinatal. Também estimula a abertura de novos PRMs. Em 2012, o programa assegurou o preenchimento de 1.522 vagas.

O Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio na Área da Saúde (PROFAPS) tem como objetivo formar e qualificar trabalhadores de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde – análises clínicas, citopatologia, enfermagem, equipamentos biomédicos, hemoterapia, órteses e próteses, prótese dentária, radiologia, saúde bucal e vigilância em saúde.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) está voltado para estudantes de graduação, docentes e profissionais

58. Criado pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011.

59. Resolução nº 3/2011 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

60. Portaria Interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009, do MS e do Ministério da Educação (MEC), que institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, e a Portaria Conjunta nº 11, de 28 de dezembro de 2010, que estabelece orientações e diretrizes para a concessão e pagamento de bolsas para a execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e institui o seu Sistema de Informações Gerenciais (SIG-Residências), no âmbito do MS.

dos serviços de saúde e visa à reorientação da formação dos profissionais de saúde, favorecendo mudanças curriculares segundo três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica –, com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e o serviço público de saúde.

Com o objetivo de promover a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) concede três modalidades de bolsa: de monitoria, para estudantes de graduação da área da saúde regularmente matriculados em instituições de educação superior (IES) públicas e privadas sem fins lucrativos; de tutoria acadêmica, destinada a professores das IES integrantes do programa; e de preceptoria, destinada a profissionais de saúde do SUS que integrem os grupos tutoriais do programa.

Cursos e ações educacionais para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do SUS são desenvolvidos na modalidade de educação à distância por intermédio da UNA-SUS. O Sistema UNA-SUS é constituído por três elementos: Rede UNA-SUS – composta por instituições públicas de educação superior credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC) para a oferta de educação a distância e conveniadas com o MS; Acervo de Recursos Educacionais em Saúde – acervo público de materiais, tecnologias e experiências educacionais, construído de forma colaborativa, de acesso livre pela rede mundial de computadores; e Plataforma Arouca – base nacional de dados, integrada ao sistema nacional de informação do SUS, contendo o registro histórico dos trabalhadores do SUS, seus certificados educacionais e experiência profissional.

Relações de trabalho seriam objeto da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).[61] Instituída há duas décadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e homologada pelo ministro da Saúde, essa instância tem tido atuação frágil e intermitente ao longo de sua existência. Concebida como fórum paritário para pactuar a construção conjunta de plano de trabalho e de agenda de prioridades entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde, e funcionando por meio da construção de protocolos que que formalizam as decisões conjuntas, a MNNP-SUS foi instalada, descontinuada, reinstalada. E de suas resoluções resultam apenas indicativos de medidas, como a que orienta a Política de Desprecarização do Trabalho no SUS[62] e a que institui diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.[63]

61. Resolução CNS nº 52, de 5 de maio de 1993; Resolução CNS nº 299, de 8 de maio de 1997; Resolução CNS nº 331, de 4 de junho de 2003.
62. Resolução nº 7/2007 – Implementa a Política de Desprecarização do Trabalho no SUS.
63. Resolução nº 8/2011 – Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

A intervenção concreta e efetiva nesse campo tem se dado por meio de decisões que estabelecem regras de operação dos programas financiados pelo MS. Um exemplo disso foi a portaria que flexibilizou a carga horária dos médicos nas ESFs, como uma forma de responder a "dificuldades de provimento e fixação" (Brasil, 2011) desses profissionais, admitindo que as ESFs possam operar com um ou mais médicos, com cargas horárias variáveis (20, 30 ou 40 horas). Em caráter "transitório", o programa admitirá equipes em que os médicos atuem apenas 20 horas, desde que os demais profissionais dediquem 40 horas. São medidas que viabilizam a entrada de profissionais nas equipes, mas não a sua permanência: a extrema mobilidade dos profissionais, especialmente dos médicos, é queixa recorrente dos gestores.

É necessário que o sistema de saúde desenvolva estratégias de fixação de profissionais – ainda que por tempo determinado – para que se construam vínculos que assegurem efetividade à atenção básica.

Redes de atenção com capacidade resolutiva, planos de carreira intermunicipais de abrangência estadual que estabeleçam prazos mínimos de permanência nos postos de trabalho e apontem possibilidades de expansão na carreira são requisitos necessários e dependem fortemente de equacionamento de um grande desafio que acompanha o SUS desde sua implantação: o subfinanciamento crônico.

Pessoal de saúde qualificado e motivado é fundamental para alcançar a cobertura de saúde universal e integral. Mas, como alertou a Organização Mundial de Saúde (OMS),

> profissionais de saúde qualificados são incapazes de prestar serviços de forma eficaz sem capital físico adequado, como instalações adequadas, equipamentos e insumos, tais como medicamentos. Assim, os orçamentos dos sistemas de saúde precisam equilibrar essas três exigências vitais – recursos humanos, capital físico e insumos.[64] (OMS, 2006, tradução nossa).

3.7 Financiamento e execução orçamentário-financeira

3.7.1 A Lei Complementar nº 141/2012 e os critérios de rateio para transferência de recursos entre instâncias de governo

Uma das questões incluídas na Lei Complementar (LC) nº 141, de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda nº 29/2000, foi o tratamento a ser dado às transferências intergovernamentais no âmbito do SUS. No caso das transferências da União para estados, DF e municípios, essa questão é relevante, no mínimo, pelos seguintes motivos: *i)* o caráter descentralizado que deve ter a gestão das

64. Tradução nossa do texto contido em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/workforce/en/>. Acesso em 28 ago. 2013.

ações e serviços públicos de saúde; *ii)* a importante participação (cerca de 45%) dos recursos federais no financiamento compartilhado do SUS; e *iii)* o caráter redistributivo que deve ter a alocação regional desses recursos.

Desde o início da implementação do SUS, houve uma drástica mudança na forma de aplicação dos recursos do MS. Em 1995, 86,6% dos recursos federais eram aplicados diretamente. Em 2010, cerca de 67,3% dos recursos foram transferidos para a gestão de estados, DF e municípios. Não obstante a intensidade do processo de descentralização da gestão financeira, alguns aspectos desse processo têm sido criticados: *i)* os critérios de distribuição utilizados até o momento pelo MS, que são de adequação legal discutível;[65] e *ii)* a excessiva fragmentação dos repasses, aspecto não resolvido pela adoção em 2007 dos blocos de financiamento.[66]

A LC nº 141/2012 estabeleceu o princípio que deve nortear as transferências intergovernamentais na saúde, o que não está explicitado nas Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990 (Brasil, 1990b), consideradas as leis orgânicas do SUS. A LC fez isso ao dispor que estas transferências têm como objetivo a "progressiva redução das disparidades regionais" (Brasil, 2012a, Artigo 1º, item III). A LC apresentou, também, os critérios a serem observados nas transferências de recursos (Artigos 17 e 19) entre esferas de governo. O que não se esperava é que a LC nº 141 fosse reafirmar o Artigo 35, da Lei nº 8.080,[67] que, desde os primeiros estudos realizados,[68] mostrou ser de difícil implementação, seja por não definir com clareza a orientação geral (princípio) que deveria nortear a transferência de recursos federais para estados e municípios, seja pelos vetos feitos pelo Poder Executivo por ocasião da Lei nº 8.080/1990, que acabaram por dificultar ainda mais sua aplicabilidade.[69]

Com relação aos critérios de transferência propriamente ditos, essa LC nº 141/2012 inova ao introduzir como critérios as necessidades de saúde da população e a dimensão socioeconômica, que não constavam do Artigo 35.[70]

---

65. Até a aprovação da Lei Complementar (LC) nº 141/2012, na transferência de recursos federais (do MS) para estados, DF e municípios deveria ter sido utilizado exclusivamente o critério populacional simples e, destes recursos, pelo menos 70% deveriam ter sido destinados aos municípios (Lei nº 8.141/1990, § 1º e § 2º do Artigo 3º).

66. A instituição dos blocos de financiamento no Pacto pela Saúde, na verdade, apenas reuniu as transferências federais em seis grandes blocos, mas não chegou a diminuir a fragmentação dos repasses, dentro de cada bloco, mantendo cerca de uma centena de modalidades.

67. A LC nº 141/2012, em relação à repartição dos recursos da União, estabelece no Artigo 17 que "O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos Arts. 18 e 22 aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do Art. 198 da Constituição Federal" (Brasil, 2012a).

68. Ver Vianna *et al*. (1990).

69. A respeito desta questão, ver Piola *et al*. (2013).

70. A dimensão espacial, outro critério incluído na LC nº 141, pode ser considerada equivalente aos critérios *Oferta de ações e serviços de saúde* ou *Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área*, já previstos no referido artigo. As demais dimensões mencionadas – demográfica, epidemiológica e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde – já constavam do Artigo 35 da Lei nº 8.080.

Ou seja, do total de catorze critérios previstos nos dois artigos (Artigo 17 da LC nº 141 e Artigo 35 da Lei nº 8.080), quatro estão repetidos. Ademais, fica difícil entender quando a LC diz, no Artigo 17, que serão levadas em consideração as necessidades de saúde e as dimensões demográfica e epidemiológica, entre outras. Afinal, uma das formas de medir necessidades de saúde da população não é levando em consideração condições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas? De forma mais apropriada, o Artigo 19 da LC nº 141, que trata das transferências dos estados para os municípios, diz:

> O rateio dos recursos transferidos aos municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado *segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões* epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II, § 3º do Art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 2012a, grifo nosso).

Ou seja, a lei diz claramente como o critério "necessidades de saúde" será avaliado e que, adicionalmente, deverá ser levada em conta a necessidade de reduzir as desigualdades entre as regiões.

A metodologia de aplicação dos critérios será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no caso dos recursos federais, e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo o MS definir e publicar, anualmente, os montantes a serem transferidos a cada estado, ao DF e a cada município (Artigo 17, § 1º). Por sua vez,

> os recursos destinados a investimentos deverão ter programação realizada anualmente e, *em sua alocação, deverão ser considerados critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde* e garantir a integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2012a, § 2º do Artigo 17, grifo nosso).

Na metodologia de rateio, a CIT deverá considerar o conjunto dos seguintes critérios:

a) necessidades de saúde da população (LC nº 141);

b) dimensão epidemiológica (LC nº 141);

c) dimensão demográfica (LC nº 141);

d) dimensão socioeconômica (LC nº 141);

e) dimensão espacial (LC nº 141);

f) oferta de ações e serviços de saúde (Lei nº 8.080);

g) perfil demográfico da região (Lei nº 8.080);

h) perfil epidemiológico da população a ser coberta (Lei nº 8.080);

i) características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área (Lei nº 8.080);

j) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior (Lei nº 8080);

k) níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos dos estados e municípios (lei nº 8.080);

l) previsão no plano quinquenal de investimentos da rede (Lei nº 8.080);

m) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (Lei nº 8.080); e

n) critérios demográficos diferenciados para estados e municípios sujeitos a notório processo de migração (Lei nº 8.080).

Não cabe aqui encetar uma discussão a respeito de quais indicadores poderiam ser utilizados para atender cada critério e se chegar a uma fórmula ou metodologia de repasse. É oportuno, no entanto, observar que, com a preservação do Artigo 35, o conjunto de critérios manteve duas faces: uma mais afinada com um objetivo de equidade na distribuição e outra que, pelo menos potencialmente, tenderia a privilegiar o desempenho.[71] Vale registrar, contudo, a definição de uma orientação geral para a metodologia de rateio, qual seja: que devem ser observadas as necessidades de saúde da população, o que, como dito anteriormente, não estava explicitado até a LC. Além disso, a LC nº 141 incluiu o critério socioeconômico, que não constava da Lei nº 8.080 e que é muito importante na definição de "necessidades de saúde". Também em relação às transferências para investimentos, a LC deixa clara a intenção redistributiva na alocação dos recursos federais, ao tratar dessas transferências no Artigo 17, § 2º.[72]

De qualquer forma, perdeu-se na aprovação da LC nº 141 uma boa oportunidade de definir uma proposta mais simples, clara e exequível para orientar as transferências entre esferas de governo. Para tanto, bastava referir-se ao Artigo 35 da Lei nº 8.080, apenas para revogá-lo de forma definitiva. O conjunto de critérios da LC nº 141 continua de aplicação muito difícil, para não dizer inexequível, mesmo sem levar em consideração os aspectos políticos e operacionais envolvidos.

Atualmente o MS transfere para estados, DF e municípios mais de 75% dos recursos que aplica. Os critérios utilizados são diversificados. Resumidamente, pode-se dizer que os recursos para atenção básica são transferidos pelo critério populacional

71. Em situação como essa, a orientação geral da fórmula, se mais distributiva ou mais guiada pelo desempenho, vai depender dos pesos eventualmente atribuídos aos critérios.

72. O § 2º do Artigo 17 estabelece que "Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde" (Brasil, 2012a).

simples, no caso do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo, e por adesão[73] no caso do PAB Variável. Estes últimos são os recursos transferidos para a manutenção compartilhada de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). No caso da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), o critério é o repasse histórico corrigido por programação baseada em parâmetros de cobertura ou oferta de serviços para recursos transferidos dentro do limite da média e alta complexidade, um componente do bloco da MAC; na assistência farmacêutica, os recursos para a Farmácia Básica seguem o critério populacional, com valor *per capita* diferenciado segundo a região. Já no caso dos medicamentos de dispensação excepcional, o critério é a programação baseada na oferta de serviços e no ressarcimento de valores aplicados pelos estados.

Com base nessa diversidade de critérios, a distribuição das transferências federais apresentava o perfil descrito na tabela 7, por região geográfica e por bloco de financiamento, em 2010. Observe-se que a transferência de recursos para serviços de MAC é a que mais se aproxima da distribuição populacional. Este comportamento é, na verdade, definido pelos recursos do limite financeiro da MAC, que transfere recursos para as internações hospitalares, cuja alocação tem como parâmetro básico uma taxa esperada de internações.[74] Na assistência farmacêutica uma porcentagem maior de recursos é repassada para a região Sudeste, enquanto as transferências para a atenção básica estão mais concentradas na região Nordeste, por conta das ESFs e das ESBs.

Qualquer que seja a metodologia a que chegue a CIT, usando os critérios previstos na LC nº 141, certamente se chegará a uma distribuição dos recursos federais diferente da atual. Além disso, no exercício anterior (tabela 7) não se fez a separação do que foi transferido para as secretarias municipais ou para as secretarias estaduais de saúde. Apresenta-se o valor agregado. Seria viável definir o montante global para cada estado e, a partir daí, buscar uma distribuição intraestadual (municipal), baseada em programações compartilhadas? Todas estas hipóteses implicarão a necessidade de remanejamentos na distribuição atual, o que é tarefa politicamente muito difícil.

Sem dúvida alguma, a definição da metodologia pela CIT e sua aprovação pelo CNS podem tirar os gestores das três esferas da zona de conforto em que se encontram. Deve ser lembrado que as reclamações de estados, DF e municípios, neste particular, são mais direcionadas ao montante, considerado insuficiente, à excessiva fragmentação dos repasses e à falta de maior autonomia na utilização dos recursos. Estabeleceu-se entre as esferas subnacionais, aparentemente, um

73. O critério básico é adesão, embora na programação do número de equipes se leve em conta um volume de população.
74. O bloco da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) é composto por recursos do Limite da MAC e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) que financiam procedimentos de maior complexidade e, desta forma, obedecem mais, em sua distribuição, ao critério da oferta existente.

acordo em que se pode questionar o volume de recursos federais, mas não a sua distribuição. Desta forma, a não ser que o CNS busque o cumprimento de sua prerrogativa ou que os órgãos de controle passem a exigi-la, dificilmente a proposta de fórmula alocativa será encaminhada no curto prazo.

TABELA 7
Transferências federais por bloco de financiamento e região (2010)
(Em %)

	População	AB	MAC	AF	VS	Gestão
Norte	8,32	10,04	6,47	4,02	11,95	15,76
Nordeste	27,83	37,71	28,08	19,02	33,87	33,19
Sudeste	42,13	32,22	43,1	55,12	35,84	25,67
Sul	14,36	12,66	15,39	14,98	10,26	15,54
Centro-Oeste	7,37	7,36	6,96	6,85	8,09	9,84
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Fonte: Sala de Situação/MS.
Obs.: AB = atenção básica; MAC = média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; AF = assistência farmacêutica; VS = vigilância sanitária.

Por fim, sem que sejam feitas simulações, é impossível saber que mudanças a nova proposta metodológica trará na distribuição atual das transferências federais. Haveria menor resistência política à sua implantação se a nova situação distributiva fosse colocada como uma meta a ser alcançada progressivamente, com a utilização de recursos incrementais. Na discussão atual de ampliação do financiamento do SUS, a busca de uma distribuição mais equitativa na alocação dos recursos públicos pode ser um argumento de peso.

3.7.2 Como anda o debate sobre o financiamento público da saúde?

No dia seguinte à aprovação da regulamentação da EC nº 29/2000, por meio da LC nº 141/2012, sem que houvesse nenhuma alteração na regra de vinculação dos recursos da União para o financiamento do SUS, começaram a prosperar diversas iniciativas, a maioria delas no Congresso Nacional,[75] para redefinir a forma de cálculo dos recursos da União. A proposta de maior visibilidade, no entanto, foi o Projeto de Lei de Iniciativa Popular destinando ao SUS 10% da receita corrente bruta (RCB) da União. Foi patrocinado pelo Movimento Saúde + 10 e entregue ao presidente da Câmara dos Deputados em 5 de agosto de 2013, contando com 1,8 milhão de assinaturas. Antes mesmo desta iniciativa, parlamentares também entraram com novas proposições com o mesmo objetivo – Projeto de Lei Complementar

75. As duas primeiras propostas foram os PLPs nº 122/2013 e nº 123/2013 de autoria dos deputados Darcisio Perondi e Eleuses de Paiva, respectivamente. As duas propõem a mudança da participação da União no financiamento do SUS, para o equivalente a 10% da receita corrente bruta (RCB).

(PLP) nºs 122, 123 e 226 de 2013. Também foram criadas comissões especiais, tanto na Câmara, como no Senado, para debater o financiamento da saúde pública. Estima-se que a proposta de 10% da RCB para a saúde significaria, a título de exemplificação, cerca de R$ 130 bilhões de orçamento federal para o SUS em 2013, o que corresponderia a um incremento de cerca de R$ 40 bilhões. Contudo, antes mesmo da proposta Saúde + 10 chegar ao Legislativo, já surgiram outras iniciativas normativas no sentido de substituir os 10% da RCB por 18% da receita corrente líquida (RLC). Em 2013, por exemplo, 18% da RCL significaria um orçamento de R$ 126 bilhões para o SUS. O argumento utilizado pelos que defendem a mudança para porcentagem da RCL é que a fixação da porcentagem da União sobre a RCB acarretaria dupla contagem para fins de apuração do mínimo, uma vez que parte dos recursos que compõem a RCB está destinada a transferências para estados e municípios, via fundos de participação, e ao pagamento dos benefícios previdenciários do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A grande vantagem de ser definida uma porcentagem da RCB seria conferir maior visibilidade e segurança ao valor destinado à saúde. Afinal, o conceito de RCL é definido por lei (LC nº 101, de 4 de maio de 2000 – LRF) e nada impede que novos "descontos" à RCB sejam aprovados.

O Poder Executivo, contudo, tem emitido sinais de que lutará contra o acréscimo de recursos para a saúde, nos termos pretendidos pelos referidos projetos. O argumento utilizado contra a vinculação de 10% da RCB ou 18% da RCL é simples: com o atual quadro de receitas, não há espaço para tal aumento dos recursos destinados à saúde. No fim de novembro de 2013, o Senado Federal aprovou Proposta de Emenda à Constituição do Orçamento Impositivo (PEC nº 22A/2000). Nesta PEC foi incorporado um dispositivo que estabelece que o governo federal deve aplicar na saúde 13,2% da RCL em 2014, aumentando esta alíquota progressivamente até atingir 15% em 2018. Isto significaria um aumento de recursos de apenas R$ 64 bilhões até 2018. O projeto de lei que estabelece a aplicação de pelo menos 10% da RCB da União resultaria em um aumento de R$ 257,1 bilhões no mesmo período.

Proposta apresentada pelo deputado Rogério Carvalho, relator da Comissão Especial destinada a discutir o financiamento da saúde pública, acenou com a possibilidade de vinculação de 15% da RCL. Esta porcentagem seria gradualmente alcançada até 2017, o que daria um acréscimo acumulado de R$ 49,2 bilhões em quatro anos. Propôs, ainda, que fossem acrescidos, ao mínimo a ser aplicado pela União, os recursos dos *royalties* do petróleo – estimativa de R$ 3,8 bilhões para 2014 – e incluídos os recursos das emendas parlamentares para a saúde, que passariam a ser de execução obrigatória pela aprovação do orçamento impositivo. A novidade do relatório ficou por conta da proposta de recriação de contribuição social para a saúde, nos moldes da antiga Contribuição Provisória

sobre Movimentação Financeira (CPMF). Se aprovada essa nova contribuição, os recursos alocados à saúde poderiam chegar a um valor adicional estimado em R$ 38 bilhões/ano.

Em 12 de novembro a Comissão Especial rejeitou o relatório e aprovou substitutivo com base no voto em separado do deputado Geraldo Resende, que traz a proposta de 18,7% da RCL até 2018, começando por 15% em 2014, sem a recriação de contribuição especial para a saúde. Ou seja, o rumo final da discussão está completamente indefinido, coexistindo, nas duas Casas, propostas bem diferentes em tramitação.

Enquanto a questão da mudança no critério de participação da União no financiamento do SUS não é solucionada, talvez até como tentativa de responder às mobilizações populares recentes, que apresentaram, entre seus pleitos, a melhoria dos serviços públicos de saúde e educação, finalmente foi aprovado o projeto de lei que destina recursos dos *royalties* do petróleo para essas duas áreas. Este projeto já havia sido encaminhado pelo Executivo, mas, nessa versão anterior, não havia previsão de recursos para a saúde. No projeto aprovado no Legislativo, preveem-se 25% dos recursos dos *royalties* do petróleo e dos rendimentos do Fundo Social do Pré-Sal para a saúde. Para a educação irão os 75% restantes. Segundo estimativas iniciais, isto significará um aporte de cerca de R$ 4 bilhões para a saúde a partir de 2014. A dúvida, caso não seja aprovada a nova regra de financiamento federal do SUS, é se estes recursos serão adicionais ou apenas uma nova fonte para se alcançar o piso.

3.7.3 Execução orçamentária e financeira

A despesa empenhada pelo MS em 2012, incluindo emendas, pessoal inativo e dívida, foi de R$ 86,8 bilhões, o que representou um incremento real de 5% em relação a 2011 – R$ 82,8 bilhões, corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012 do MS, este valor foi equivalente a 99,6% do limite da dotação orçamentária disponibilizada até o fim do exercício.

Como o trabalho é o tema em destaque nesta edição do BPS, o foco da análise da execução orçamentária da saúde se aterá à despesa com pessoal da saúde nas três esferas de governo ao longo dos últimos anos.[76] Entretanto, cabe ressaltar que a análise realizada fará referência a períodos anteriores a 2012, visto que as informações disponíveis para estados e municípios ainda estão incompletas para esse ano.

76. Para isso, foram consideradas as informações disponíveis nos seguintes sistemas: *i)* Siafi (Siga Brasil e informações prestadas pelo MS) para os gastos federais; e *ii)* SIOPS para os gastos estaduais e municipais.

As Contas-Satélites de Saúde (IBGE, 2009; 2012) contêm dados sobre empregos diretos na saúde pública para o período 2005-2009 e indicam um crescimento, neste período, de 12% nos postos de trabalho diretos (3,88 milhões em 2005 e 4,33 milhões em 2009), enquanto a geração de emprego na economia como um todo foi de 6%. A participação dos empregos gerados na área da saúde em relação ao total da economia passou de 4,3% em 2005 para 4,5% em 2009.

Esses postos de trabalho diretos se traduzem, em termos orçamentários, em despesas com pessoal ativo registradas nos sistemas orçamentários federal (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – Siafi) e estadual e municipal (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS). Para se ter uma visão geral deste tipo de gasto no orçamento da saúde, a tabela 8 apresenta os valores da despesa com pessoal por Grupo de Natureza de Despesa (GND), incluindo a despesa com pessoal ativo (GND = 1, excluindo aposentadorias e pensões) das três esferas de governo.

Em termos reais, no período 2002-2011, a despesa com pessoal no nível federal aumentou 59%, no nível estadual 80% e no nível municipal 134%. Uma hipótese para a taxa de crescimento desta despesa ser bem maior nos municípios que nos estados e na União pode estar no processo de descentralização da saúde,[77] que promoveu a transferência de responsabilidades e atribuições em relação à prestação de serviços de saúde do nível federal para, principalmente, o municipal. Com a descentralização foi possível intensificar o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, que é voltado para a atenção primária, tentando romper assim com o modelo hospitalocêntrico.

Sabe-se que o processo de produção de serviços de saúde envolve atividades consideradas intensivas em mão de obra, principalmente atividades voltadas à atenção primária, presentes em peso nos municípios. O gráfico 3 reforça a importância que a despesa com pessoal tem adquirido nos municípios. Em 2011, esta despesa representou 45% do gasto total realizado nos municípios, enquanto nos estados esta despesa foi responsável por 32% do gasto total e na União por 11%.

77. A Constituição Federal tem como um de seus princípios a descentralização, que foi impulsionada pela Norma Operacional Básica 1/1996 (NOB 96), na medida em que foram criados o Piso da Atenção Básica (PAB), a política de incentivos para programas como Agente Comunitário em Saúde (ACS) e a estratégia Saúde da Família.

TABELA 8
Gasto total com saúde das três esferas de governo, por GND (2002 e 2011)
(Em R$ bilhões de 2012, atualizados pelo IPCA médio anual)

GND	Federal			Estadual[2]			Municipal[3]		
	2002	2011	Variação (%)	2002	2011	Variação (%)	2002	2011	Variação (%)
1 - Pessoal[1]	5,49	8,72	58,71	10,83	19,45	79,69	17,04	39,92	134,32
2 - Juros	0,22	0,01	- 97,47	0,00	0,03	2.939,90	0,01	0,01	7,50
3 - ODC	38,68	63,11	63,15	15,52	38,22	146,28	22,39	44,23	97,51
4 - Investimentos	2,79	4,37	56,82	2,45	3,33	35,84	2,19	3,52	60,56
5 - Inversões financeiras	-	0,07		0,01	0,05	284,57	0,03	0,04	12,59
6 - Amortizações	0,46	0,02	- 94,79	0,01	0,36	3.292,78	0,03	0,07	153,26
Despesa total	**47,64**	**76,30**	**60,14**	**28,82**	**61,44**	**113,21**	**41,69**	**87,78**	**110,56**

Fonte: Siga Brasil (despesa federal); SIOPS (estadual e municipal) – extraídos em junho de 2013.
Notas: [1] Optou-se por excluir as informações sobre aposentadorias e pensões pois as mesmas estavam subestimadas nas informações de gasto estadual e municipal.
[2] Neste caso, foram considerados, além dos recursos próprios dos estados, as transferências realizadas pela União.
[3] Neste caso, foram considerados, além dos recursos próprios dos municípios, as transferências realizadas pela União e pelos estados.
Obs.: entre 2002 e 2011, a porcentagem de municípios que declaram o SIOPS oscilou entre 97,2% (2004) e 99,6% (2007). O ano de 2012 não foi considerado na análise porque apenas cerca de 85% dos municípios haviam informado o SIOPS. Em relação aos estados, em 2012, seis estados não haviam declarado o SIOPS.

Além disso, o gráfico 3 mostra que, em 2011, apenas nos municípios a participação da despesa com pessoal na execução total do orçamento aumentou em relação a 2002. Isto não significa que a despesa com pessoal, em termos reais, tenha caído na União e nos estados (tabela 8). O que ocorreu foi que o crescimento real do GND – Outras Despesas Correntes (ODC), outro componente importante do gasto, foi maior que o crescimento real da despesa com pessoal (GND Pessoal) nos estados e na União, enquanto nos municípios ocorreu a situação inversa.

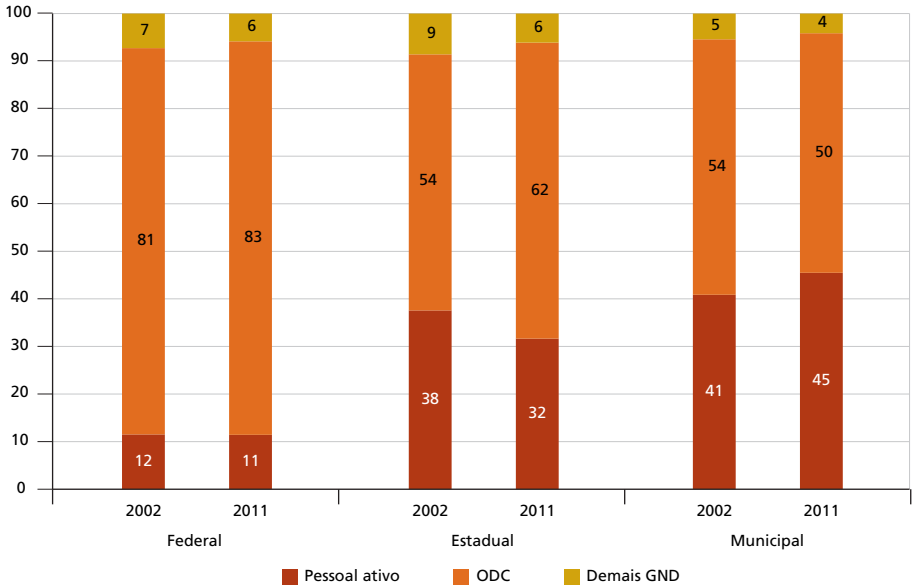
Vieira e Servo (2013) analisaram alguns estudos que tentam estimar o custo do componente de recursos humanos no custo total da atenção básica. Nesta revisão, as autoras concluem que "*o percentual de participação do item de recursos humanos em todos os trabalhos revisados é de pelo menos 50% do custo da atenção básica*" (Vieira e Servo, 2013, p. 5).

Portanto, pode-se concluir que a expansão de programas como o Saúde da Família, na tentativa de intensificar o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde,[78] teve grande impacto na despesa com pessoal ativo da área de saúde nos municípios.

78. O modelo de atenção à saúde vigente é voltado para a atenção básica, na tentativa de romper com o modelo hospitalocêntrico.

De acordo com dados apresentados pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM, [s.d.]),[79] com esta estratégia de reorientação do modelo assistencial, a maior parte da força de trabalho na área de saúde do SUS passou a se concentrar nos municípios. Em 1980, 43% da força de trabalho em saúde era de responsabilidade municipal. Em 2010, esta porcentagem aumentou para 76%.

GRÁFICO 3
Evolução da participação da despesa com pessoal ativo na saúde por esfera de governo (2002 e 2011)
(Em %)



Fonte: Siga Brasil (despesa federal); SIOPS (despesa estadual e municipal) – extraídos em junho de 2013.

Apesar de não se poder realizar comparações em relação à composição dos entes federados da despesa com pessoal ativo – uma vez que a totalização desta despesa dos três entes não é viável pelo problema de dupla-contagem –, é possível se ter uma dimensão da proporção destes gastos. A razão pela qual os gastos com pessoal na esfera federal são bem menores que nos estados e municípios deve-se ao fato de estas despesas estarem restritas ao corpo técnico administrativo do MS. Ou seja, a prestação direta de serviços de saúde pelo governo federal é residual, restringindo-se a poucas UFs, notadamente à rede de hospitais federais situada no Rio de Janeiro. Assim, o gasto com a prestação de serviços, que constitui a maior parte da despesa com pessoal, ocorre nos estados e, principalmente, nos municípios.

79. Acesso em julho de 2013.

Além dos gastos diretos com pessoal, outras despesas do SUS acabam sendo direcionadas à geração de empregos. Estes são os casos das terceirizações na prestação de serviços e na própria compra de serviços.

As terceirizações de várias modalidades de serviços tradicionalmente oferecidas pelo SUS como prestação direta ou como serviços adquiridos de estabelecimentos conveniados ao SUS vêm adquirindo certa importância no setor público ao longo dos últimos anos. Este fato pode estar associado à rigidez imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal, na medida em que esta impõe limitações ao gasto com pessoal[80] e restringe a possibilidade de prestação direta dos serviços.

A LRF é uma lei econômica geral, que não faz distinção entre o grau de intensividade de mão de obra utilizada pelos diferentes setores da economia. Como o capital humano abarca grande parte dos recursos destinados para a prestação de serviços de saúde, esta lei pode acabar afetando a política de saúde em vigor, limitando a expansão das ações em serviços públicos de saúde por falta de pessoal, podendo levar à utilização de alternativas que impliquem precarização das relações de trabalho no SUS ou a formas de terceirização da produção dos serviços de saúde, como os contratos de gestão com organizações sociais.

Retrata bem essa tendência a análise das transferências a instituições privadas sem fins lucrativos – rubrica em que são habitualmente inseridas as transferências para organizações sociais e/ou para as fundações estatais, além das tradicionais santas casas. Entre 2002 e 2011, o repasse realizado pelos municípios para estas instituições quintuplicaram seu volume, passando de R$ 1,09 bilhão para R$ 5,9 bilhões (em reais de 2012). Além disso, sua representatividade em ODC também aumentou, passando de 5% em 2002 para 13% em 2011 – tendo ocorrido um aumento abrupto em 2010. Em relação aos estados, estas transferências triplicaram, passando de R$ 1,38 bilhão para R$ 6,03 bilhões (em reais de 2012). Considerando sua participação em ODC, esta aumentou paulatinamente de 9% em 2002 para 16% em 2011 (gráfico 4).

Obviamente esse valor não significa que toda a despesa realizada referiu-se a gasto com pessoal. De acordo com estudo da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP, 2012), em 2011 observou-se que nos 45 hospitais de ponta analisados, ou seja, intensivos em tecnologia, a despesa com recursos humanos (RH) representou, em média, 40% dos custos. Considerando este cenário mais conservador e utilizando este valor como *proxy* dos gastos com RH nestes hospitais, tem-se que nos estados este gasto aumentou de R$ 551 milhões para R$ 2,41 bilhões e nos municípios de R$ 437 milhões para R$ 2,36 bilhões, entre 2002 e 2011 (tabela 9). Ou seja, comparando estas despesas com a despesa com pessoal

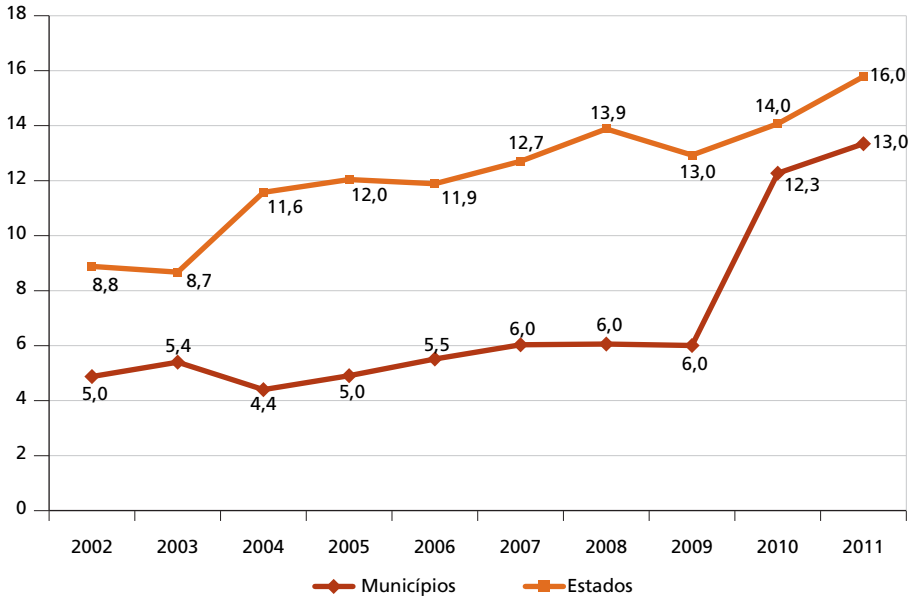
80. A LRF determina que a despesa máxima com pessoal do poder executivo na esfera federal não deve ultrapassar 37,9% da receita líquida corrente (RCL), na esfera estadual não deve ser superior a 49% e nos municípios não deve ultrapassar 54%.

ativo, tem-se que a despesa com RH referente às transferências para instituições sem fins lucrativos nos estados passou de 9% para 13% e nos municípios aumentou de 5% para 6%, no período 2002-2011.

Além das transferências a instituições sem fins lucrativos, a análise da despesa executada na rubrica *serviços de terceiros – pessoa jurídica* também chama atenção nos estados e municípios, que são efetivamente os que prestam os serviços de saúde. O gráfico 5 mostra que, nos estados, esta despesa teve seu montante quadruplicado em termos reais, passando de R$ 6,55 bilhões em 2002 para R$ 15,27 bilhões em 2011. Nos municípios, o crescimento real foi de 99%, passando de R$ 11,4 bilhões em 2002 para R$ 22,7 bilhões em 2011. Em média, a despesa com estes serviços representa cerca de 52% e 40% dos recursos gastos em ODC nos municípios e nos estados, respectivamente.

No SIOPS, a despesa com serviços de terceiros/PJ é desagregada em seis partes: *i)* manutenção e conservação de máquinas e equipamentos; *ii)* serviços de energia elétrica; *iii)* serviços de água e esgoto; *iv)* serviços de comunicação em geral; *v)* serviços médicos, hospitalares, odontológicos e laboratoriais; e *vi)* outros serviços de terceiros/PJ. Para efeitos desta análise, foram reagrupados os quatro primeiros itens, que se referem aos serviços de apoio contratados por estes entes.

GRÁFICO 4
Evolução da participação das transferências a instituições privadas sem fins lucrativos no GND = 3 – outras despesas correntes (2002-2011)
(Em %)



Fonte: SIOPS.

TABELA 9
Estimativa dos gastos com pessoal referente às transferências sem fins lucrativos (2002-2011)
(Em R$ bilhões de 2012)

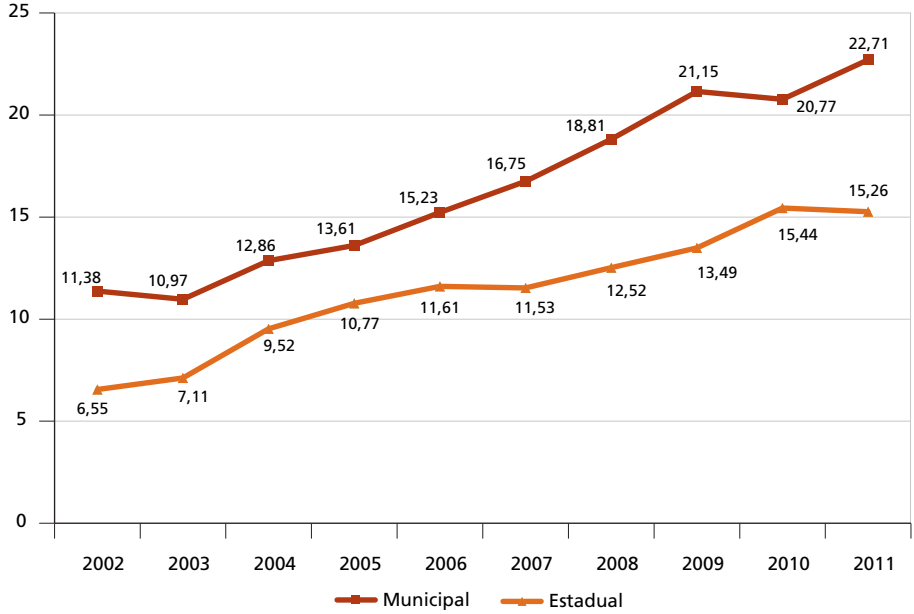
Ano	Transferências totais		Índice ANAHP – 40% corresponde a recursos humanos	
	Estados	Municípios	Estados	Municípios
2002	1,38	1,09	0,55	0,44
2003	1,61	1,19	0,64	0,47
2004	2,84	1,09	1,14	0,44
2005	3,06	1,31	1,22	0,53
2006	3,35	1,61	1,34	0,64
2007	3,83	1,90	1,53	0,76
2008	4,72	2,12	1,89	0,85
2009	4,64	2,26	1,85	0,90
2010	5,42	4,97	2,17	1,99
2011	6,03	5,90	2,41	2,36

Fonte: SIOPS e Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP).
Elaboração dos autores.

Tanto nos estados quanto nos municípios, parte importante do incremento observado nos últimos anos nos serviços de terceiros/PJ é explicada pelo incremento dos convênios realizados entre o SUS e o setor privado para a prestação de serviços, onde a Tabela SUS paga os prestadores por procedimento. Neste pagamento, estaria embutida uma despesa com pessoal, que é empregada indiretamente pelo SUS.

As tabelas 10 e 11 demonstram o que foi mencionado anteriormente. Nos municípios, os serviços de terceiros/PJ obtiveram um incremento real de R$ 11,33 bilhões no período 2002-2011. Deste total, cerca de um terço foi proveniente do aumento dos serviços médicos, hospitalares, odontológicos e laboratoriais conveniados do SUS. Nos estados, esta relação ainda é mais evidente. Quase metade do incremento da despesa com serviços de terceiros/PJ foi proveniente do aporte adicional referente aos serviços médicos conveniados do SUS.

GRÁFICO 5
Evolução das despesas com serviços de terceiros (pessoa jurídica) nos estados e municípios (2002-2011)
(Em R$ bilhões de 2012)[1]



Fonte: SIOPS.
Elaboração dos autores.
Nota: [1] Atualizados pelo IPCA.

Por fim, excluídas as terceirizações de empresas que prestam serviços privados de saúde para o SUS mediante convênios, e as empresas que prestam serviços de atividades meio, como manutenção, energia, água, esgoto e comunicação, tem-se um valor residual importante que contribui muito para o aumento dos serviços de terceiros/PJ, alocados entre os demais serviços de pessoa jurídica. Provavelmente estas despesas referem-se às terceirizações dos serviços de apoio e diagnóstico, relacionadas principalmente à compra de serviços laboratoriais, serviços de alimentação (nos hospitais), serviços de vigilância, lavanderia, entre outros.

Em suma, o processo de descentralização gerou forte impacto nas contas públicas de saúde. Este processo, que intensificou a reorientação do modelo de saúde para a atenção básica, envolveu aumento dos gastos com pessoal principalmente nos municípios devido à expansão de programas como o Saúde da Família. Tais fatos são evidenciados pelo aumento do gasto direto com pessoal nos orçamentos federal, estadual e municipal, e são corroborados pelas informações constantes nas Contas-Satélites, que mostram o aumento da força de trabalho ao longo dos anos. Além disso, a análise das despesas indiretas de RH, como as terceirizações, também revela crescimento ao longo dos últimos anos.

TABELA 10
Serviços de terceiros (pessoa jurídica) dos municípios (2002, 2005, 2008 e 2011)
(Em R$ bilhões de 2012)[1]

Serviços de terceiros (pessoa jurídica)	2002	2005	2008	2011	Diferença (2011-2002)	Taxa crescimento (2011-2002) (%)
Serviço médico, hospitalar, odontológico e laboratorial (SIA/SIH)[2]	5,95	5,98	7,78	9,64	3,69	62
Outros serviços de terceiros (pessoa jurídica)	4,86	6,93	10,11	12,00	7,14	147
Manutenção, energia, água e esgoto, comunicação	0,57	0,70	0,92	1,07	0,50	86
Total	**11,38**	**13,61**	**18,82**	**22,71**	**11,33**	**100**

Fonte: SIOPS.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Atualizados pelo IPCA.
[2] Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

TABELA 11
Serviços de terceiros (pessoa jurídica) dos estados (2002, 2005, 2008 e 2011)
(Em R$ bilhões de 2012)[1]

Serviços de terceiros (pessoa jurídica)	2002	2005	2008	2011	Diferença (2011-2002)	Taxa crescimento (2011-2002) (%)
Serviço médico, hospitalar, odontológico e laboratorial (SIA/SIH)[2]	1,68	2,23	4,62	5,83	4,15	247
Outros serviços de terceiros (pessoa jurídica)	4,32	8,00	7,27	8,77	4,45	103
Manutenção, energia, água e esgoto, comunicação	1,59	1,34	4,85	2,32	0,73	46
Total	**6,55**	**10,77**	**12,53**	**15,27**	**8,72**	**133**

Fonte: SIOPS.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Atualizados pelo IPCA.
[2] Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

4 TEMA EM DESTAQUE: RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE – O MAIS MÉDICOS E ALGUMAS QUESTÕES EM DEBATE

Dificuldades para a disponibilização de profissionais, e particularmente de médicos, fora dos centros urbanos mais desenvolvidos não é uma especificidade do sistema de saúde brasileiro. O atendimento de áreas remotas, minorias populacionais e populações rurais tem sido objeto de políticas na maioria dos países, independentemente das características dos seus sistemas de saúde.

Ainda que, ao longo do tempo, o aumento do número de médicos nos países provoque expansão na presença desses profissionais em todas as áreas desassistidas (efeito *spreading out*, *overflow* ou *trickle down*), o processo de concentração não tem sido revertido. Simoens (2004) faz referência a um estudo sobre a força de

trabalho médica nos Estados Unidos,[81] que detectou aumento médio da densidade de médicos de 2.140 médicos por cada 1 milhão de habitantes em 1991 para 2.390 em 2001. Contudo, quando observado o comportamento segundo regiões, o crescimento da densidade foi de 10% em áreas não metropolitanas e alcançou 23% nas áreas metropolitanas, significando que, embora tenham diminuído, as diferenças entre as áreas não metropolitanas e regiões metropolitanas persistiram.

São muitos os fatores que interferem na distribuição da força de trabalho dos profissionais de saúde, e muitos deles estão fora do espaço decisório setorial. Há fatores que se relacionam diretamente com as condições de trabalho e remuneração – características institucionais, vínculos profissionais, remuneração, possibilidades de progressão, oportunidades de conciliar atividades no setor público e no setor privado, perspectivas de mobilidade profissional etc. Outros estão mais associados às possibilidades de usufruir de condições de vida consideradas mais confortáveis e mais características do universo urbano, incluindo acesso à educação, ao lazer e à cultura.

Análises das políticas adotadas por diferentes países para influenciar a distribuição geográfica dos médicos identificam a existência de uma variedade de estratégias (Cantor *et al.*,1996; Simoens, 2004; Dussault e Franceschini, 2006; Dolea *et al.*, 2010), envolvendo intervenções em três dimensões: educacional, regulatória e financeira. A maior parte deles utiliza uma combinação de políticas como instrumento para intervir sobre a distribuição geográfica da força de trabalho médica, mesmo quando uma destas dimensões se mostra dominante.

Políticas relacionadas à dimensão educacional incluem recrutamento ou admissão preferencial de estudantes de medicina originários das áreas rurais ou desassistidas e a introdução nos currículos de componente obrigatório de prática nessas áreas. Também se incluem, como políticas relacionadas à educação, o financiamento de bolsas ou empréstimos para custear os estudos que podem ser quitados com serviços em áreas remotas ou desassistidas e o financiamento para educação médica continuada.

No Japão, estudantes de medicina podem ser dispensados de pagar o seu empréstimo se trabalharem em um hospital público ou em clínica de área rural por um determinado período de tempo. Nos Estados Unidos, diversos programas fornecem bolsas de estudo ou asseguram o reembolso de empréstimos a estudantes de medicina em troca de servir em áreas específicas. A efetividade dessas medidas para assegurar a presença de médicos em áreas desassistidas, contudo, não tem sido homogênea. Simoens (2004) aponta que estudos realizados em

81. United States General Accounting Office. Physician workforce. Physician Supply Increased in Metropolitan and Nonmetropolitan Areas But Geographic Disparities Persisted. *Report to the Chairman*, Committee on Health, Education, Labor, and Pensions, U.S. Senate. Washington: United States General Accounting Office, 2003.

alguns países, como Canadá e México (Anderson e Rosenberg, 1990; Nigenda, 1997), mostraram que muitos recém-formados, assim que podem, preferem quitar seus débitos e abandonar os postos de trabalho nessas áreas.

Na esfera das políticas regulatórias se destacam as que estabelecem diretrizes e condições para escolha e autorização de exercício profissional na localidade pretendida, como o respeito a número limite de médicos determinado pelo governo com base em parâmetros de necessidade.

Na Alemanha, não é possível a um médico obter licença para trabalhar em uma localidade se o número de médicos existentes alcançar 110% do número de médicos que as autoridades responsáveis pelo planejamento definirem como número necessário para a área. Na Áustria, não é possível a um médico realizar contrato com um fundo regional de seguro de saúde se o número mínimo de médicos tiver sido atingido na região. A Inglaterra conseguiu uma distribuição razoavelmente equitativa de clínicos gerais – *general practitioner* (GPs) – ao condicionar a emissão de autorizações para a prática de clínica geral em uma área específica a critérios como o número de GPs que já trabalhavam nessa área, ruralidade e carência desses serviços.

Medidas similares são adotadas pela Austrália e pelos Estados Unidos para regular a concessão de autorização de trabalho para médicos imigrantes, envolvendo exigência de compromisso de trabalhar por cinco anos em área rural determinada, no primeiro, ou fornecendo visto permanente para os que se disponham a trabalhar em áreas de escassez de médicos, no segundo.

As políticas financeiras se relacionam à remuneração e aos incentivos financeiros para induzir o trabalho em áreas desassistidas. São variados os mecanismos utilizados para atrair e reter médicos nessas áreas. A medida mais comumente referida tem sido a de definir remuneração diferenciada segundo regiões. No Canadá, os médicos de Quebec recebem, nos três primeiros anos de prática, 115% da taxa básica Medicare se trabalharem em áreas remotas e regiões isoladas, 100% nas regiões intermédias e 70% em todas as outras áreas, como forma de desestimular a concentração (Simoens, 2004). Sistemas de saúde que não realizavam provisão direta, como o do Canadá e da Nova Zelândia, introduziram regimes assalariados para o exercício em áreas rurais. Também foi introduzida, nesses países e no Reino Unido, a garantia de uma renda mínima para os médicos que atuam em áreas em que a escassa população coberta pode não ser economicamente viável para o profissional, assim como ajudas de custo para a transferência para áreas rurais.

Duas outras estratégias têm orientado a formulação de políticas para ampliar a acessibilidade a serviços de saúde: ampliar a eficácia dos sistemas de saúde e enfrentar a insuficiência de profissionais médicos. A primeira se relaciona com a redefinição de papéis para os profissionais da área de saúde, como é o

caso da utilização de enfermeiros em funções avançadas (*advanced practice nurse*), e a segunda refere-se à maior utilização de recursos tecnológicos para viabilizar o acesso a especialistas e/ou assegurar consultoria ou supervisão a profissionais, como a telemedicina e o telessaúde.

Desenvolvida inicialmente nos Estados Unidos, mas existente hoje em grande número de países (Pulcini *et al.*, 2010), a *advanced practice nurse* é um termo geral que inclui uma série de novas funções atribuídas à enfermagem. Os dois tipos principais são: *nurse practitioner* (NP) e *clinical nurse specialist* (CNS).

O NP é autorizado a desenvolver amplo leque de atribuições, que envolve: realizar histórico do paciente (anamnese); realizar exames físicos e pedir exames e procedimentos laboratoriais; realizar diagnóstico, tratamento e controle de doenças; executar certos procedimentos – por exemplo, biópsia de medula óssea ou punção lombar; orientar quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde. Pode atuar com ou sem supervisão de médicos, dependendo da regulação e das leis locais, em uma variedade de áreas, incluindo cardiologia, emergência, geriatria, neonatologia, nefrologia, oncologia, pediatria, atenção primária, saúde da família, saúde da mulher e saúde escolar. Em geral, para o exercício dessas funções é exigida formação complementar, em nível de pós-graduação.

Ao CNS correspondem tarefas relacionadas à gestão do cuidado ao paciente. Integrando equipe multidisciplinar, esse profissional trabalha em estreita articulação com o médico e se incumbe da realização oportuna e da integração das medidas necessárias ao tratamento. Pode atuar no ambiente hospitalar e no cuidado domiciliar em ampla gama de especialidades, incumbindo-se, entre outras tarefas, da gestão de tratamentos referentes a: doenças do sangue; terapias gastrointestinais, cardíacas, respiratórias, oncológicas, neurológicas; diabetes; HIV/AIDS; pediatria; cuidado com idosos; e psiquiatria.

A telemedicina e o telessaúde correspondem ao uso de novas tecnologias como recurso para facilitar a comunicação profissional, a ação colaborativa, o apoio à formação profissional, a educação médica continuada e a ampliação do acesso a serviços e cuidados médicos. No apoio assistencial, requer o desenvolvimento de sistemas complexos que assegurem a qualidade da atenção e a proteção da privacidade, entre outros requisitos. Além de possibilitar educação continuada em saúde aos profissionais, cuidadores e pessoas, as ferramentas facilitam pesquisas, avaliações e gestão da saúde e têm permitido serviços e informação para indivíduos em suas próprias comunidades, reduzindo a necessidade de locomoção para centros de referência. O uso dessas ferramentas tem permitido transpor barreiras culturais, socioeconômicas e geográficas para os serviços em centros urbanos remotos e comunidades carentes, viabilizando acesso local a especialistas, melhoria na assistência primária em saúde e aumento da disponibilidade de recursos para a

educação médica e informação em saúde a comunidades desprovidas de recursos. Canadá, Japão, Nova Zelândia e Estados Unidos têm se dedicado a desenvolver *softwares* e padrões de serviços que permitam maximizar as possibilidades de uso dessas tecnologias para ampliar acesso e cobertura dos sistemas de saúde. No Brasil, o Telessaúde tem se expandido gradualmente, envolvendo a implementação do Cartão Nacional de Saúde e do Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS), bem como a integração do Telessaúde Brasil Redes com a UNA-SUS e com a Rede Universitária de Telemedicina (Rute), vinculada à Rede Nacional de Ensino e Pesquisa do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT).

4.1 O Programa Mais Médicos: informações gerais

No Brasil, diversos programas governamentais específicos para estimular a provisão de profissionais médicos, especialmente na atenção básica, foram desencadeados sem que se alterasse significativamente o quadro de carências.

As medidas mais recentes para melhorar o acesso estão contidas no Programa Mais Médicos. O programa tem por finalidade[82] "*formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde e com os seguintes objetivos*": diminuir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a educação permanente com a integração ensino-serviço; aperfeiçoar médicos para atuação no SUS (Brasil, 2013g, Artigo 1º).

O programa previa a criação de 11,5 mil novas vagas de medicina e 12 mil de residência médica em todo o país e a alteração da formação médica no Brasil com a inclusão de um ciclo de dois anos na graduação, período no qual os estudantes atuariam no SUS. Estipulava, também, uma bolsa no valor de R$ 10 mil[83] e ajuda de custo para médicos que se dispusessem a atuar nos municípios prioritários que declararam interesse em receber os profissionais inscritos no programa. Estas vagas seriam preferencialmente para médicos brasileiros, mas, se não fossem preenchidas, profissionais de outros países poderiam se candidatar desde que esse país tivesse uma relação médico por mil habitantes maior que a brasileira – estimada em 1,8 médico por mil habitantes. Adicionalmente, essas medidas seriam associadas a investimentos para melhoria da rede de serviços.

82. Instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2013g).

83. No Congresso foi introduzida a obrigatoriedade da contribuição previdenciária e o pagamento de imposto de renda sobre a bolsa, exceto para os casos de estrangeiros que já contribuem nos seus países de origem. Após a publicação da Lei nº 12.871 (Brasil, 2013g), o valor da bolsa foi alterado para R$ 10.457,00 (Portaria Interministerial nº 2.891, de 27 de novembro de 2013).

Respondendo a uma clara demanda dos gestores municipais e associando três frentes de intervenção – a formação dos médicos, o investimento na melhoria da rede nas áreas a serem atendidas e o recrutamento de médicos, estendido aos profissionais de outros países – o Programa Mais Médicos provocou resistências e debate acalorado, principalmente com a categoria médica. Os principais pontos do programa questionados eram a ampliação da duração do período de formação dos médicos – com a criação de um segundo ciclo obrigatório, de dois anos, no curso de medicina, dedicado à prestação de serviços no SUS nas áreas de atenção básica e urgência/emergência – e a decisão de abrir o acesso a vagas não preenchidas por médicos brasileiros a profissionais formados em outros países sem a exigência de prévio reconhecimento do diploma por meio do Revalida.[84]

As principais entidades médicas do país se opuseram à iniciativa do governo e reagiram com fortes críticas. Os argumentos dos médicos eram de que não há falta de médicos no Brasil e que sua má distribuição decorre das más condições de trabalho, incluindo problemas de infraestrutura da rede de serviços e de remuneração no SUS. Segundo a categoria médica, a ausência de médicos nessas localidades está associada ao fato de os municípios atraírem os médicos com propostas de remuneração e condições de trabalho que depois não eram cumpridas. Pleiteavam a criação, em âmbito federal, de uma "carreira de Estado", com possibilidade de ascensão profissional para médicos que atuem no SUS. Afirmavam, também, que aceitar profissionais estrangeiros sem a revalidação do diploma colocaria em risco a saúde da população por eles atendida.

Ainda durante o período de apreciação da Medida Provisória nº 621 pelo Congresso Nacional, o MS divulgou edital abrindo inscrições para profissionais e municípios interessados em participar do programa.

No balanço da primeira etapa, feito em 26 de julho de 2013, o MS informou que houve adesão de 3.511 municípios, com demanda para preencher 15 mil vagas para médicos nas unidades básicas de saúde. Segundo o MS, entre os municípios inscritos, 92% já acessaram recursos federais para melhorar a infraestrutura de suas unidades básicas de saúde e 90% já participavam de ações promovidas pelo MS para melhorar a qualidade do atendimento prestado.

Em agosto de 2013, o MS informou que 16.530 médicos com registro no Brasil se inscreveram no programa, mas apenas 3.981 candidatos haviam finalizado o cadastro. Grande número das inscrições iniciais apresentava informações inconsistentes, como, por exemplo, números inválidos de registro nos

84. A partir de 1999 a validação de diplomas de medicina obtidos em universidades estrangeiras tornou-se necessária no Brasil e passou a ser realizada por universidades públicas, com regras próprias. Para padronizar a revalidação, o governo instituiu em 2010 o Revalida, exame federal que faz a revalidação do diploma de medicina no país, como alternativa mais uniforme para o processo. A primeira etapa constitui-se de prova objetiva, com questões de múltipla escolha, e a segunda fase é composta de uma prova discursiva, sobre a clínica médica.

Conselhos Regionais de Medicina (CRMs). Outros 1.270 inscritos eram médicos residentes, que teriam de formalizar o desligamento de seus programas de especialização antes de homologar sua participação no Mais Médicos. No balanço final dessa etapa, 1.096 médicos com registro no Brasil homologaram sua participação. Adicionalmente, 1.920 médicos com registro profissional em outros 61 países se inscreveram na primeira etapa, sendo que 522 homologaram sua inscrição.[85] Entre os 1.618 médicos brasileiros e estrangeiros que homologaram sua participação, 53% escolheram periferias de capitais e regiões metropolitanas e o restante escolheu municípios com alta vulnerabilidade social.

Contudo, nem todos os profissionais selecionados haviam começado a atuar. Entre os brasileiros inscritos, até o final de setembro de 2013, apenas 461 já haviam começado a atender nos municípios.

Nessa primeira etapa, mais de setecentos municípios não foram selecionados por nenhum médico. Isto permitiu ao governo justificar uma cooperação com o governo cubano. Os médicos cubanos, que já começaram a chegar ao Brasil, seguem os mesmos trâmites dos outros médicos estrangeiros. A grande diferença está nesse acordo, que não é feito com cada indivíduo, mas com o governo de Cuba, sob intermediação da Organização Pan-americana da Saúde (Opas).

Outra polêmica esteve relacionada à recusa dos CRMs em registrar os médicos sem o Revalida. Quando a Advocacia-Geral da União (AGU) passou a questioná-los sobre a demora na concessão dos registros, a resposta foi que o atraso deveu-se ao fato de os médicos estrangeiros não terem apresentado toda a documentação necessária para o registro. Para resolver essa polêmica, foi acatada, durante a tramitação do projeto no Congresso Nacional, a proposta de que o registro provisório fosse concedido pelo próprio MS.

Durante sua tramitação na Câmara dos Deputados, houve algumas audiências públicas para debater o programa e negociações foram feitas para permitir sua aprovação. Em 1º de outubro de 2013, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei de Conversão nº 26/2013, com algumas mudanças no texto original da Medida Provisória nº 621/2013. A principal mudança foi a alteração do capítulo relacionado à formação médica no Brasil. Foi excluída a proposta de ampliação de dois anos do curso de graduação de medicina e obrigatoriedade de residência no SUS. Em seu lugar, foi negociado: *i)* uma porcentagem de carga horária de internato na atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS – ao menos 30% da carga horária de internato da graduação, que tem tempo mínimo de dois anos; *ii)* a garantia de oferta de vagas de residência equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em medicina no ano anterior, meta a ser implantada progressivamente até dezembro

85. Informação disponível em: <http://goo.gl/rFhxrl>. Acesso em: 12 nov. 2013.

de 2018; *iii)* a obrigatoriedade de realizar o primeiro ano da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os programas de residência médica que antes eram de acesso direto (sem pré-requisito): medicina interna (clínica médica), pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, psiquiatria e medicina preventiva e social; e *iv)* a necessidade de realizar de um a dois anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os programas de residência médica em todas as demais especialidades, exceto os mencionados anteriormente e outros de acesso direto. Adicionalmente, estabeleceu-se a avaliação do curso de medicina a cada dois anos, que deverá ser implantada no prazo de dois anos. Como no caso do pré-requisito de residência em medicina geral de família e comunidade, este só será exigido quando se cumprir a meta de ter vagas de residência médica ofertadas para todos os que concluírem a graduação no ano anterior. As atividades da residência em medicina geral de família e comunidade deverão contemplar as especificidades do SUS e serão coordenadas pelo MS.

Outras alterações introduzidas na Câmara foram: *i)* possibilidade de médicos aposentados atuarem no Mais Médicos; *ii)* emissão do registro pelo MS para atuação exclusivamente no âmbito do programa; *iii)* dispensa da realização do Revalida limitada ao máximo de três anos de atuação no programa, período após o qual a continuidade no programa dependerá da aprovação neste exame; *iv)* limite do número de médicos estrangeiros que podem atuar no programa não superior a 10% do total de médicos brasileiros com registro definitivo nos conselhos – que, em 2012, seria em torno de 350 mil médicos.[86]

Esse programa trouxe à tona algumas questões sobre o sistema de saúde brasileiro. Além do mencionado debate sobre a revalidação do diploma, foi questionada, nas discussões entre o Conselho Federal de Medicina e o MS, a existência de escassez de profissional médico no país. Em controvérsias mais recentes, surgiram questões sobre a forma da contratação. Na próxima seção será apresentado o debate em torno da escassez para, em seguida, apresentar outras questões relacionadas ao Programa Mais Médicos.

4.2 Afinal, há ou não escassez de médicos no Brasil?

Parte importante do debate público a respeito do Programa Mais Médicos girou em torno da existência ou não da escassez desses profissionais no país. O MS, ao propor o Mais Médicos, reconheceu o diagnóstico da escassez. A partir das apresentações oficiais,[87] assim como das exposições de motivo da Medida Provisória nº 621, de 8

86. Prevê, também, o estabelecimento de Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) Ensino-Saúde, cujos termos foram definidos na lei. Contudo, ainda não está claro como será implantado este contrato entre os gestores e as unidades de ensino.

87. Disponível em: <http://goo.gl/cZgLf9> e <http://goo.gl/NlPg20>.

de julho de 2013,[88] é possível inferir as linhas de análise do MS para concluir a existência da escassez de médicos. A primeira baseou-se na constatação de que a taxa de médicos por cada mil habitantes no Brasil (1,8) é baixa em relação a outros países.[89] Ao estabelecer como meta a taxa 2,7 médicos por mil habitantes, o MS concluiu que havia um *deficit* de 168.424 médicos (escassez absoluta) para o ano de 2012. A este fato o MS adicionou os dados da extrema desigualdade na distribuição dos médicos entre os estados, chamando a atenção para os indicadores estaduais, que mostram, por exemplo, que o DF contava com 3,46 médicos por mil habitantes, razão próxima ou superior a alguns países da comparação, e o Maranhão contava com apenas 0,58 médicos por cada mil habitantes (escassez relativa).

A segunda linha de análise do MS contabilizou a geração de postos de trabalho criados nos últimos dez anos para médicos e contrapôs aos egressos de graduação em medicina no mesmo período. A conclusão foi que a quantidade de postos de trabalho criados é bem maior que o número de graduados em medicina no mesmo período. Também existe nas apresentações do MS uma sinalização de que há escassez em algumas especialidades médicas (UFMG, 2012b).

A literatura que analisa escassez de profissionais no mercado de trabalho em saúde possui duas classificações para o conceito de escassez, a saber: a não econômica e a econômica. O conceito não econômico, também conhecido como definição normativa de escassez, impõe uma taxa-padrão de médicos por habitantes a partir de um juízo de valor. Na literatura, este juízo de valor pode ser balizado por diferentes formas de mensuração. Uma delas identifica a escassez com base na necessidade do número de profissionais para se realizar um conjunto de atividades, a partir do julgamento de um determinado profissional da área de saúde. Outra forma é utilizar a razão atual do número de profissionais médicos por habitantes e a comparar com uma projeção futura. Nessa segunda técnica também existem variações, como: utilizar a maior taxa de médicos por mil habitantes entre as regiões ou estado do país como referência ou utilizar taxas existentes em outros países.

A segunda classificação trata da escassez econômica. Esta classificação tem por objetivo compreender a interação entre oferta e demanda do mercado de trabalho dos profissionais de saúde a um determinado nível de preços. Há também duas abordagens principais para mensurá-la. A primeira observa se a demanda é maior que a oferta ao preço de mercado, caracterizando escassez. A segunda verifica se a renda do profissional de saúde, relativamente a outras ocupações, excede o custo de se entrar na profissão.

88. Disponível em: <http://goo.gl/Css1lz>.

89. Nas apresentações do MS, as taxas de médicos por mil habitantes nos países de comparação eram: Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9), Espanha (4), Reino Unido (2,7), Austrália (3), Itália (3,5) e Alemanha (3,6).

Com base na leitura dos documentos oficiais, é possível inferir que o MS utilizou o conceito não econômico de escassez para diagnosticá-la no caso dos profissionais médicos. Conforme será descrito a seguir, a escolha da política mais adequada para tratar o problema da escassez depende de um diagnóstico da escassez mais detalhado que relacione o mercado de trabalho do profissional médico e o mercado de bens e serviços provido por ele.

Na literatura nacional há diversos trabalhos que analisaram a existência ou não de escassez pela abordagem não econômica (UFMG, 2010; 2012a; 2012b; Scheffer, Biancerelli e Cassenote, 2011; 2013, Pérez, López-Valcácerl e Veja, 2011; Araújo, 2012). Ao utilizarem a razão de médicos por habitantes para diagnosticarem a escassez, estes trabalhos aplicaram uma variedade de conceitos no levantamento do quantitativo e na localização desses profissionais. Pode-se citar a forma de contabilização do número de médicos por meio do "contar cabeças" ou do conceito do *Full Time Equivalent* (*FTE*),[90] o local de trabalho ou o local de residência, a unidade geográfica de análise – municipal, microrregional, mesorregional, estadual, região metropolitana, capitais estaduais, municípios do interior –, e os diversos recortes relativos ao sistema de saúde, como a atuação pública ou privada e nível de atenção (básica, média e alta complexidade).

Em UFMG (2010; 2012a) os autores tiveram como objetivo diagnosticar a escassez de médicos na atenção básica. Ao tentarem localizar a escassez, constataram que existem mais de mil municípios com carência de profissionais em diferentes níveis. Em Scheffer, Biancerelli e Cassenote (2011; 2013) argumentou-se que a adoção da taxa de médico por habitantes de outros países traz pouca relação com o resultado do diagnóstico encontrado para o Brasil: a má distribuição ou mesmo a ausência dos médicos em algumas localidades. A apresentação dos dados em diversos recortes (estadual, capital e demais municípios do estado) e entre os setores público e privado resulta em uma distribuição ainda mais desigual da taxa de médicos por mil habitantes. Scheffer, Biancerelli e Cassenote (2011; 2013) também abordam a distribuição desigual das especialidades médicas. A distribuição dos médicos generalistas e especialistas configura-se da mesma forma: concentração dos médicos nas regiões Sul e Sudeste, em grandes centros urbanos e no setor privado.

Continuando na revisão da literatura sobre a escassez de médicos no Brasil, Pérez, López-Valcácerl e Veja (2011) analisaram conjuntamente a oferta e a demanda por médicos especialistas. Concluíram que há superávit de médicos no período 2011-2015, com tendência de *deficit* nos próximos anos. Além de um

90. *Full Time Equivalent* (*FTE)* é uma unidade que indica a carga de trabalho de uma pessoa empregada, tornando-a comparável em diversos contextos. Nos estudos UFMG (2010, 2012a, 2012b), o cálculo do número de habitantes por médico considerou o médico com carga horária semanal de 40 horas. Na prática, a carga horária semanal dos médicos é somada e dividida por 40 horas.

quantitativo geral, para cada uma das dezesseis especialidades eleitas pelo trabalho, os autores buscaram os padrões de países que desenvolveram metodologias para o planejamento de seus recursos humanos em saúde[91] a fim de estimar a necessidade futura por especialidade. Com os padrões "emprestados", há *deficit* nas especialidades de geriatria, medicina da família e comunidade e otorrinolaringologia. Não existe tendência de *deficit* nas áreas de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e traumatologia e pediatria. Por fim, UFMG (2012b)[92] traz a perspectiva de planejamento da força de trabalho médico em saúde por especialidade e conclui que a escassez ou não das especialidades médicas depende do modelo de saúde que pretendemos adotar para o futuro.

Segundo Feldstein (1999), há dois problemas na utilização da abordagem não econômica da escassez dos profissionais médicos. O primeiro problema no uso da razão de médicos é que este tipo de abordagem ignora qualquer tipo de mudança na demanda por serviços médicos. O segundo problema é que a técnica da razão desconsidera qualquer ganho de produtividade ao longo do tempo que pode vir a reduzir a necessidade de mais médicos no futuro. Se há o diagnóstico da escassez pelo critério não econômico, tem-se a necessidade de aumentar a oferta desse profissional com o objetivo final de se aumentar a oferta de serviços de saúde. Pode-se pensar em aumentar a oferta desses serviços de duas formas: *i)* aumenta-se a quantidade de profissionais; ou *ii)* aumenta-se a oferta de serviços médicos, o que poderá ser feito, por exemplo, pelo aumento do número de horas trabalhadas do profissional ou com a utilização de outros profissionais. Há, portanto, que se analisar os custos de cada proposta, os beneficiários e o tempo requerido para aumentar os serviços de saúde a serem consumidos. A despeito dessas definições e das propostas de política para aumentar a oferta dos serviços médicos, as definições não econômicas da escassez nada dizem a respeito de como o mercado de trabalho dos profissionais de saúde estaria funcionando.

O conceito de escassez econômica parte do pressuposto de que, no equilíbrio, a quantidade demandada e ofertada de mão de obra se igualaria a um determinado nível de preços sob a hipótese de um mercado competitivo. Porém, não são todos os mercados que funcionam sob as condições perfeitas para igualar oferta e demanda (haver equilíbrio), e o mercado de trabalho dos profissionais da saúde, principalmente dos médicos, é um caso clássico na literatura econômica dessa imperfeição.

91. Os países considerados foram: Reino Unido, Alemanha, Canadá e Estados Unidos. As taxas por especialidade a cada 100 mil habitantes consideradas foram: cancerologia (0,94), cardiologia (5,3), cirurgia geral (7), clínica médica (3,1), dermatologia (1), endocrinologia (1,3), geriatria (3,3), ginecologia e obstetrícia (7,3), medicina de família e comunidade (67,8), neurologia (1), oftalmologia (3,5), ortopedia e traumatologia (3,2), otorrinolaringologia (1,8), pediatria (5,8), psiquiatria (4,3) e radiologia e diagnóstico por imagem (0,7).

92. Em UFMG (2012b) é feita uma revisão profunda das metodologias utilizadas para projetar a necessidade futura de médicos. As quatro abordagens citadas são: *i)* oferta; *ii)* demanda; *iii)* necessidade; e *iv) benchmarking*. No trabalho é realizada uma análise das vantagens e desvantagens no uso de cada uma das metodologias abordadas para o planejamento de recursos humanos em saúde.

Seja por conta de um possível poder de mercado pelo lado da oferta ou pelo lado da demanda, é possível que haja escassez (análise estática) de profissionais médicos. Se, por exemplo, há o estabelecimento de barreiras à entrada no mercado de trabalho dos médicos, há poder de mercado pelo lado da oferta. Uma oferta que não se altera leva a um aumento dos salários se houver aumento na demanda pelo trabalho do profissional médico.

Para entender o funcionamento do mercado de trabalho dos médicos, é necessário conhecer o mercado dos serviços prestados por eles, estudando estes dois mercados em separado e analisando o impacto de um sobre o outro. A solução de política irá depender do tipo de escassez verificado e da situação do mercado em que ela ocorre. Por exemplo, se há barreiras à entrada nas escolas médicas – o que caracteriza uma oferta constante ao longo do tempo –, a melhor política seria eliminar estas barreiras, possibilitando que mais médicos se formem. O maior número de médicos resultaria em uma queda dos salários desses profissionais até que não haja mais renda econômica.[93]

Conforme coloca Feldstein (1999), os melhores indicadores de desempenho do mercado de trabalhadores de saúde são informações da taxa de retorno da ocupação e a mudança do estoque dos trabalhadores.[94] Uma das formas econômicas de se mensurar a escassez é calculando a taxa interna de retorno (TIR) do médico,[95] comparando-a com a de outras profissões de nível superior ou com algum padrão alternativo de taxa de retorno. Para diferenciar a escassez de médicos em estática ou dinâmica (temporária), é necessário analisar a TIR e a quantidade de médicos no curto e no longo prazo. Uma alta TIR no curto prazo, mas com aumento significativo na quantidade de médicos, pode ser um indicativo de escassez temporária (dinâmica). Se a TIR é alta e não há qualquer aumento (ou um pequeno aumento) na quantidade de médicos, é porque a escassez é estática. Se a escassez é estática, há necessidade de intervenção para aumento da quantidade ofertada.

O referencial teórico da escassez econômica coloca uma série de indagações a respeito do funcionamento do mercado de trabalho do profissional médico, de seus substitutos e/ou complementares. Analisando a literatura empírica aplicada ao caso do Brasil, há um único estudo com foco na escassez econômica do profissional

93. Conforme Folland, Goodman e Stano (2008, p. 441), renda econômica pode ser definida como: "pagamento a fatores de produção (no caso, mão de obra) muito acima dos necessários para induzir essa mão de obra a prestar os seus serviços."

94. Feldstein (1999) também utiliza a taxa candidato/vaga ao curso de medicina como uma medida indicativa de taxas de retorno elevadas: se a taxa de retorno dos médicos é elevada, é provável que a relação candidato/vaga nos cursos de medicina seja alta.

95. A TIR do médico ou de qualquer outra profissão é a taxa de desconto que, aplicada à renda futura do profissional, irá fazer com que o valor presente desse fluxo futuro iguale o custo de se entrar na profissão – os custos de entrada são, por exemplo: mensalidades, livros, renda que não foi percebida assim que se graduou, e outros custos de oportunidade do profissional.

médico: Neri ([s.d.]). Além deste, existem dois outros estudos que, ao analisarem o retorno da educação sobre as remunerações, classificam os profissionais graduados e pós-graduados em medicina como os de maior retorno em termos de anos a mais de educação: Neri (2005; 2008). Esses estudos mostram que o profissional médico possui o maior retorno da educação em relação aos demais profissionais de nível superior.

A pouca quantidade de estudos analisando o profissional médico e o fato de não existir nenhum estudo que compreenda o funcionamento do mercado de serviços no qual os médicos atuam, bem como o impacto sobre a demanda e a oferta desses profissionais, apontam para uma agenda futura de estudos.

Em Servo (2013), compara-se a oferta de médicos e enfermeiros utilizando diversas bases de dados para tentar definir como vêm evoluindo a oferta e a demanda desses profissionais nas duas principais ocupações requeridas pela estratégia de Saúde da Família. As diferentes fontes de informação e seus diferentes objetivos tornam o levantamento da quantidade e do padrão de remuneração desses profissionais uma tarefa não trivial.

Planejar a força de trabalho médica necessária para prestar os serviços de saúde é tarefa complexa. A literatura nacional no Brasil ainda carece de estudos que abordem as questões do mercado de trabalho dos médicos e a relação entre este e o mercado de bens e serviços de saúde.

4.3 Outras questões em debate sobre o Mais Médicos

4.3.1 Formação, vínculos e regulação

Nessa discussão sobre escassez, as diferentes abordagens em torno do problema deixam o debate público pouco claro. Todos reconhecem as dificuldades para atrair e fixar médicos em determinadas regiões do país ou nas periferias das grandes cidades, mas discordam sobre as causas desse problema.

O Programa Mais Médicos traz uma proposta de atuação sobre esse problema em duas grandes frentes: atração de profissionais por meio da oferta de bolsas e mudanças na formação médica. Com relação à formação médica, a proposta pretende ampliar o número de concluintes de graduação em medicina e incentivar a formação em áreas de interesse do SUS. No debate sobre a ampliação do número de pessoas com graduação em medicina, a principal medida é o aumento da oferta de vagas por meio da abertura de novos cursos. A experiência internacional tem mostrado algum êxito na fixação de médicos em áreas periféricas quando as pessoas que se formaram em medicina vieram dessas regiões. Não se tem conhecimento no Brasil de avaliações dessa natureza, nem de avaliações sobre o efeito da expansão da oferta de cursos em determinadas regiões do país sobre atração e fixação

de profissionais nessas áreas. Essa abertura de cursos de graduação pode enfrentar algumas dificuldades: *i)* se há escassez de médicos para atuarem nos serviços de saúde, há, também, escassez de médicos para atuarem na formação; e *ii)* os cursos de medicina apresentam exigências técnicas e de infraestrutura que podem se tornar uma barreira para abertura de cursos em determinadas regiões do país. Ainda que se possa fazer uso da telessaúde no processo de formação, as exigências técnicas do curso de medicina tornam necessária uma carga horária de cursos presenciais que exigem a presença de determinado quantitativo de médicos naquela região.

Outro aspecto relevante do Mais Médicos é a forma do incentivo para atração de profissionais: a bolsa. A justificativa para isto é que este seria um programa de formação médica. Este é outro campo de intensa disputa entre entidades médicas e governo, envolvendo, também, o Ministério Público do Trabalho (MPT). Nos editais abertos para inscrição dos médicos no programa, uma das exigências é que esses cumpram uma carga horária semanal de 40 horas para atividades de ensino, pesquisa e extensão nas unidades básicas de saúde do município. Estas atividades seriam supervisionadas pelo município e por universidades. A questão em disputa é se a atividade é efetivamente uma especialização (atividade formativa) ou se a bolsa está sendo utilizada como uma forma de remuneração para os profissionais que vão prestar serviços nessas regiões. Pela legislação brasileira, a única forma de contratação de pessoas para atuarem em atividades fins – nesse caso, prestarem serviços de saúde –, é por meio de concurso público, o qual não é aberto à participação de estrangeiros. O Executivo Federal defende que o caráter formativo é muito importante, justificando a concessão da bolsa. As entidades médicas afirmam que esta é uma forma de trabalho disfarçada em atividade formativa. Em agosto de 2013, esta disputa foi levada ao Supremo Tribunal Federal (STF) por meio de duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADIs nºs 5.035 e 5.037). Há vários questionamentos, mas a questão mais relevante é se seria legalmente possível que o programa seja implantado por meio de bolsas, e se isto não seria uma violação do Artigo 7 da Constituição Federal, que trata dos direitos dos trabalhadores, e do Artigo 37, que trata na investidura em cargo ou emprego público. Para debater os pontos presentes nestas ADIs, o STF propôs uma audiência pública, que foi realizada nos dias 25 e 26 de novembro de 2013. O Executivo Federal defendeu o programa e sua constitucionalidade, mas, além das entidades médicas, houve questionamentos por parte do representante do MPT. Ainda que reconheça a importância do programa e a falta de médicos, o MPT considera que a maior parte da carga horária desses profissionais será dedicada a prestação de serviços e não às atividades formativas. Assim, caracteriza-se uma relação de trabalho. O Executivo defende a atividade formativa.

Como mencionado na seção de *Acompanhamento*, apesar do PROVAB ter uma natureza muito similar ao Mais Médicos, com uma diferença relacionada à con-

cessão de bolsas apenas para médicos com registro no Brasil, não se tem conhecimento de questionamento no STF sobre a constitucionalidade daquele programa. Será necessário aguardar a continuação dos debates e o posicionamento do STF sobre o tema.

As instituições médicas argumentam que a atração e a fixação de médicos poderiam ser equacionadas por meio da garantia de condições de trabalho e remunerações estáveis para esses profissionais. Desde 2009, está tramitando na Câmara dos Deputados uma proposta de emenda à Constituição para criação de uma carreira federal para médicos – carreira única de médicos de Estado – que tornaria o exercício da medicina no serviço público federal, estadual e municipal privativa dessa carreira (PEC nº 454/2009). O Conselho Federal de Medicina defende a criação da carreira e entende que ela ajudaria a atrair médicos para áreas remotas ou periferias das grandes cidades. Ainda que isto não esteja definido na PEC, a ideia é que os médicos se manteriam nessas localidades por algum tempo e só se movimentariam para outras localidades por regras de promoção e progressão previamente definidas. Por esta proposta, o médico de Estado atuaria em regime de dedicação exclusiva, não podendo exercer outro cargo público a não ser o magistério.

Essa medida tem várias implicações, entre elas a centralização no governo federal da responsabilidade pela oferta de um profissional considerado chave para o sistema de saúde e o tratamento diferenciado em relação aos demais componentes da equipe de saúde. Com relação à centralização, um aspecto importante refere-se à capacidade de poder que o gestor local teria para organizar o seu sistema de saúde e coordenar um profissional cujo vínculo e definições sobre a carreira e a localização estariam fora de sua competência legal. Contudo, a adesão dos municípios a iniciativas de financiamento direto (pagamento direto) de pessoal pelo governo federal deve-se, em grande parte, ao alívio financeiro produzido por medidas dessa natureza. Dessa forma, faz-se necessário avaliar as diferentes perspectivas e impactos dessas ações.

Como visto, alguns países adotam critérios de necessidade do sistema de saúde para liberar o registro para atuação dos profissionais em determinadas áreas. Não há no programa Mais Médicos propostas de políticas regulatórias relacionadas a autorização para exercício profissional em determinada localidade. Seria interessante avaliar a possibilidade de se implementar tais medidas no país, discutindo internamente implicações.

4.3.2 Equipes multiprofissionais

O debate focado na escassez de médicos ofusca uma alternativa importante para a organização da atenção à saúde e para busca da melhoria de acesso: as equipes multiprofissionais. Sem dúvida os médicos são importantes para garantir uma

adequada atenção à saúde. Contudo, faz-se necessário ampliar o debate, visto que um sistema de saúde não pode funcionar adequadamente somente com médicos. Para um sistema de saúde resolutivo, faz-se necessário ter pessoas qualificadas em diversas áreas.

No Brasil, a concentração geográfica apontada para médicos é observada, também, para outros profissionais (tabela 12). Enquanto no DF e no Rio de Janeiro havia 2,1 enfermeiros registrados por mil habitantes, no Maranhão havia, em 2010, menos de um enfermeiro por mil habitantes. Nesse mesmo ano, em doze UFs, havia menos enfermeiros que médicos registrados.

Por seu turno, pelas estimativas do Censo Demográfico 2010, havia mais pessoas com graduação em enfermagem residindo em diversos municípios brasileiros que pessoas com graduação em medicina. Porém, quando a análise considera os ocupados em enfermagem, observa-se que há municípios onde residem graduados em enfermagem, mas onde não há nenhuma pessoa que se declare ocupada como enfermeira.

Nos últimos anos, houve um aumento expressivo da oferta de enfermeiros. A enfermagem foi o curso da área de saúde que teve o maior crescimento entre 2005 e 2010, totalizando quase 200 mil concluintes no período. Nesse mesmo período, pouco mais de 66 mil pessoas concluíram a graduação em medicina.[96] Todavia, quando se considera o número de ingressantes no mercado de trabalho até dois anos após a conclusão da graduação, verifica-se uma demanda muito maior para médicos que para enfermeiros. No caso dos médicos, 12,9 mil de um total de 19,4 mil egressos conseguiram o primeiro emprego no ano seguinte à conclusão do curso no biênio 2009-2010. Entre os 42,9 mil egressos de cursos superiores de enfermagem em 2009, apenas 12,4 mil conseguiram um primeiro emprego como enfermeiros em 2010 (UFMG, 2012c).

Em parte, isso se deve ao fato de haver menos postos de trabalho para enfermeiros que para médicos – menor demanda por enfermeiros. Segundo informações do CNES/MS, havia um médico para cada três postos de trabalho (289,5 mil médicos para 880,8 mil postos de trabalho), ao passo que o número de enfermeiros era de 1,21 por posto de trabalho (130,8 mil pessoas ocupadas como enfermeiros para 158,8 mil ocupações). No Reino Unido, por exemplo, há mais enfermeiros que médicos – quase três enfermeiros para cada médico. O Brasil só se aproxima dessa proporção se os técnicos de enfermagem forem somados aos enfermeiros.

Mas, qual é a quantidade e a combinação desses profissionais que permite prestar uma adequada atenção à saúde?

96. Dados do Censo da Educação Superior de 2005 a 2010 do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Não há uma única ou fácil resposta para essa questão. Primeiro, a discussão em torno da adequação da oferta de profissionais e sua inserção no sistema de saúde depende do modelo de sistema de saúde onde eles irão atuar.

No caso brasileiro, por exemplo, a *atenção básica*, porta de entrada preferencial do SUS, foi pensada para ser *multiprofissional*. A estratégia de Saúde da Família, por exemplo, foi pensada para ser operada por equipes, entre elas, a equipe de saúde da família, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro,[97] um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.[98] A equipe deveria atuar de forma sistemática, multiprofissional, focada na comunidade, na assistência qualificada e resolutiva e em ações de prevenção e promoção da saúde.

A equipe formada por múltiplos profissionais capazes de ter uma visão ampliada dos problemas de saúde da população sempre foi considerada central para se alcançar uma atenção básica resolutiva.

TABELA 12
Profissionais de saúde por mil habitantes,[1] categorias selecionadas – Brasil e UFs (2010)

UF	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Nutricionistas	Farmacêuticos
Distrito Federal	3,6	2,3	2,1	0,9	1,1
Rio de Janeiro	3,5	1,7	2,1	0,6	0,6
São Paulo	2,5	1,9	1,9	0,5	1,0
Rio Grande do Sul	2,4	1,4	1,8	0,5	1,0
Paraná	2,0	1,5	1,1	0,5	1,2
Espírito Santo	1,9	1,3	1,3	0,4	1,1
Brasil	**1,9**	**1,3**	**1,5**	**0,4**	**0,8**
Minas Gerais	1,8	1,5	2,0	0,4	0,9
Santa Catarina	1,7	1,5	1,3	0,4	1,2
Mato Grosso do Sul	1,5	1,3	1,5	0,4	0,9
Goiás	1,4	1,3	1,2	0,2	1,0
Pernambuco	1,4	0,7	0,8	0,2	0,3
Sergipe	1,3	0,7	0,9	0,1	0,3
Roraima	1,2	0,8	1,1	0,3	0,7
Rio Grande do Norte	1,2	0,9	0,8	0,3	0,7

(Continua)

97. A denominação *enfermeiro* é utilizada apenas para profissionais que tenham concluído a graduação em enfermagem. A denominação *profissionais de enfermagem* inclui enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Cada uma dessas categorias profissionais exige um nível de escolaridade e possui atribuições específicas definidas pela Lei nº 7.498, de junho de 1986.

98. Atualmente, grande parte das equipes de saúde da família está relacionada, também, a equipes de saúde bucal que são compostas por um cirurgião-dentista, um técnico e um auxiliar de saúde bucal.

(Continuação)

UF	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Nutricionistas	Farmacêuticos
Paraíba	1,2	0,9	1,4	0,3	0,6
Alagoas	1,2	0,7	1,9	0,2	0,3
Mato Grosso	1,1	1,1	1,4	0,3	0,9
Bahia	1,1	0,6	1,1	0,2	0,3
Amazonas	1,1	0,7	1,5	0,3	0,5
Ceará	1,1	0,6	1,1	0,1	0,4
Rondônia	1,0	0,9	1,4	0,5	0,6
Tocantins	1,0	1,1	2,0	0,1	0,7
Piauí	0,9	0,6	1,0	0,2	0,2
Acre	0,9	0,6	1,6	0,2	0,3
Pará	0,8	0,5	0,9	0,2	0,3
Amapá	0,8	0,6	0,8	0,7	0,4
Maranhão	0,5	0,4	0,9	0,1	0,3

Fonte: Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS)/SGTES/MS e conselhos profissionais (CONPROF).
Nota: [1] Profissionais registrados nos conselhos, segundo UF do registro.

Esse modelo da Saúde da Família tem sido adotado em vários municípios brasileiros. Contudo, ainda há parcela significativa da população referenciada à atenção básica organizada por outros modelos, com outras composições de força de trabalho. Ou seja, mesmo nesse caso, a composição da equipe não é padrão para todo o território nacional e para toda a população.

Com o intuito de aumentar o acesso aos serviços de saúde, alguns países adotaram medidas de políticas públicas para ampliar o papel dos enfermeiros, possibilitando que eles passassem a prestar serviços antes prestados somente por médicos (Laurant *et al.,* 2004; Delamaire e Lafortune, 2010).

Estudos têm demonstrado que a ampliação do papel dos enfermeiros, quer substituindo, quer complementando o trabalho realizado por médicos, pode aumentar o acesso aos serviços de saúde e apresentar impactos positivos com relação à satisfação dos usuários dos serviços, em geral porque tendem a realizar consultas mais prolongadas, a prestar serviços mais completos de aconselhamento e educação em saúde. Além disso, desde que adequadamente capacitados, os enfermeiros podem prestar serviços com a mesma qualidade daqueles prestados por médicos (Buchan e Dal Poz, 2002; Laurant *et al.,* 2004; Delamaire e Lafortune, 2010).

Ampliar a atuação do enfermeiro, particularmente na atenção básica à saúde, pode ajudar a reduzir a demanda por horas de trabalho do profissional médico nesse nível de atenção. Como já apontado, muitos países vêm adotando essa estratégia para assegurar a cobertura oportuna, melhorando o acesso aos serviços de saúde e reduzindo os tempos de espera (Delamaire e Lafortune, 2010).

Esta redução de demanda por horas de trabalho não implica deixar de ter médicos. Contudo, algumas atividades que hoje ficam a cargo do médico poderiam ser realizadas por enfermeiros ou serem complementadas pelo trabalho desse profissional. A introdução dessa medida, contudo, exige amplo debate porque envolve embates políticos relevantes, como demonstrado por ocasião da tramitação da Lei do Ato Médico.

Além do modelo de sistema de saúde, o perfil demográfico, epidemiológico e os determinantes da saúde deveriam ser considerados na organização do sistema de saúde e, consequentemente, da equipe profissional que atuará em cada território e sobre distintos casos. No caso brasileiro, prevê-se um aumento da demanda por cuidados continuados devido a diversos fatores, tais como: envelhecimento da população; mudança do perfil epidemiológico, com ampliação da participação das doenças crônicas; e alteração do perfil nutricional, com aumento dos casos de obesidade. Os estudos internacionais mostram que o enfermeiro está mais disponível e tem qualificação para realizar este acompanhamento, bem como para trabalhar ações educativas relacionadas ao autocuidado (Laurant *et al.,* 2004; Delamaire e Lafortune, 2010). Contudo, além do enfermeiro, a atenção à saúde exigirá a atuação de outros profissionais.

No caso da discussão sobre obesidade, por exemplo, é reconhecido o impacto da atividade física e do padrão alimentar.[99] Assim, além do médico e de profissionais de enfermagem, pode ser importante contar com nutricionistas, profissionais da área de educação física, fisioterapeutas, entre outros.

Outro exemplo é a atenção à saúde mental. No modelo atual da política proposta para a Rede de Atenção Psicossocial, há envolvimento de vários profissionais, incluindo psicólogos e assistentes sociais.

Além dos resultados positivos do trabalho dos enfermeiros em doenças crônicas e atenção à saúde mental (Katon *et al.*, 2010), alguns artigos sobre o trabalho dos farmacêuticos mostram que sua inclusão como membros de uma equipe voltada ao acompanhamento de doenças crônicas pode contribuir para a otimização do uso de medicamentos, com redução dos efeitos adversos e aumento da eficácia do tratamento (Wagner, 2000).

Independentemente de qual seja o modelo, todos os níveis de atenção à saúde envolvem não somente médicos, mas também outros profissionais de saúde e exigem equipes multiprofissionais. A regulação do trabalho em saúde e a constituição de carreiras no âmbito do SUS precisa levar isto em consideração.

99. Ver, entre outros, Mendonça e Anjos (2004).

4.4 Considerações finais

As medidas propostas pelo governo federal, por meio do Mais Médicos, são todas, certamente, necessárias, mas são também claramente insuficientes para a superação dos gargalos enfrentados pelo SUS. É indiscutível a necessidade de promover melhorias na distribuição regional dos profissionais de saúde e de adequar a formação dos profissionais às características e necessidades do sistema público de saúde. O estabelecimento de um período da residência obrigatório, dedicado à atenção básica, antes de iniciar a especialização, e a criação de estímulos para especialidades básicas (clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria) podem servir para que estes profissionais tenham uma formação mais adequada sobre o conjunto do sistema de saúde brasileiro, uma vez que o programa inclui a criação de vagas em residência para permitir que todos os que completem a graduação tenham oportunidade de realizá-la. Todavia, faz-se necessário considerar que a regulação do Estado poderia, legitimamente, intervir sobre o processo de escolha da localização da atuação profissional, como o fazem muitos países, impedindo que essa decisão responda exclusivamente a interesses individuais imediatos.

Mas há questões complexas que não têm sido adequadamente contempladas no debate que se instalou após o lançamento do programa. Entre elas está a questão da forma de inserção dos profissionais de saúde no mercado de trabalho, incluindo contratos que garantam direitos trabalhistas e sociais.

Faz-se necessário avançar na discussão de uma política de pessoal mais adequada às necessidades do SUS, incluindo não somente os médicos, mas todos os demais profissionais que atuam nesse sistema. Planos de carreira destinados a atender ao SUS não deveriam se restringir à categoria médica – devem contemplar o caráter multiprofissional da atenção à saúde e precisam também se preocupar com a diretriz constitucional da descentralização do sistema.

Nesse debate também não se tem explicitado outra variável relevante para a escolha dos locais de exercício profissional e para a fixação de médicos em áreas do interior do país e nas periferias das grandes cidades: as condições de vida nas cidades brasileiras. Habitação, saneamento básico, educação, cultura, lazer, segurança, facilidade de acesso são todas condições externas e fora da governabilidade do sistema de saúde. Mas são relevantes na decisão dos profissionais sobre o local onde irão trabalhar. Ainda que as unidades do sistema venham a apresentar estrutura adequada ao exercício profissional e os salários sejam atrativos, como reclamam os médicos, é pouco provável que algumas localidades hoje sem médicos se coloquem no espectro de alternativas consideradas por esses profissionais.

Por essa razão, a discussão sobre suficiência de médicos precisa considerar como variável interveniente a localização dos postos de trabalho. Ainda que em âmbito nacional exista um número de médicos/habitante satisfatório, a localização das unidades de saúde e dos postos de trabalho é um componente da análise cujo efeito sobre a distribuição não pode ser minimizado.

Intervir sobre esse quadro impõe políticas multissetoriais integradas e convergentes e até possíveis instrumentos de localização compulsória do exercício profissional por tempo determinado.

A primeira etapa do Programa Mais Médicos mostrou a dificuldade de promover a desconcentração de profissionais.[100] A alternativa de trazer médicos estrangeiros, embora seja medida com claro caráter emergencial, que não permitirá a superação dos limites estruturais que o SUS enfrenta, servirá, no curto prazo, para atenuar o quadro de carências observado. Tal como ocorre com o cuidado à saúde, em algumas situações é indispensável considerar medidas paliativas para o enfrentamento de alguns quadros. Contudo, no caso do programa Mais Médicos, convém não perder de vista que seus resultados futuros terão alcance apenas limitado para a superação dos problemas de maior abrangência do sistema, que resultam das dificuldades de regular a relação público-privado e interesses corporativos e se refletem em dificuldades de acesso à assistência e em baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos ao cidadão brasileiro.

Parte desses problemas está relacionada à gestão do sistema de saúde. Contudo, é importante reconhecer a necessidade de garantir um financiamento adequado, bem como fazer uma discussão sobre a forma como o sistema tem se organizado. São importantes, também, as discussões sobre a integralidade da atenção e sua relação com a regionalização e redes de atenção, as quais foram parte da seção *Tema em destaque* da edição anterior deste periódico. Faz-se necessário aprofundar esse debate e analisar os meios disponíveis à política para a superação do modelo fragmentado e disperso de operação dos serviços de saúde que ainda caracteriza a gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

AMORIM, C. R. *et al*. Acidentes de trabalho com mototaxistas. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 25-37, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n1/03.pdf>.

ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Observatório ANAHP**, São Paulo, n. 4, 2012. Disponível em: <www.anahp.com.br>. Acesso em: 13 nov. 2013.

ANDERSON, M; ROSENBERG M. W. Ontario's underserviced area program revisited: an indirect analysis. **Social Science and Medicine**, 1990; 30: p. 35-44.

ANDRADE, M. V. *et al*. Custo-benefício do serviço de telecardiologia no estado de Minas Gerais: Projeto Minas Telecardio. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 97, n. 4, p. 307-316, 2011.

100. Dos profissionais confirmados nessa primeira etapa, 51,8% atuarão nas periferias de capitais e regiões metropolitanas e 48,1%, em cidades do interior consideradas de alta vulnerabilidade social.

ARAÚJO, H. E. **Migração de médicos no Brasil**: análise de sua distribuição, aspectos motivacionais e opinião de gestores municipais de saúde. Brasília: UnB; Ceam; Nesp; Observa RH, 2012.

BARATA, R. B. *et al*. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. **Journal of epidemiology and community health**, London, v. 66, n. 10, p. 934-941. Oct. 2012.

BARRETO, M. L. *et al*. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The lancet**, v. 377, n. 9.780, p. 1.877-1.889, May 2011.

Bernardes, J. G. *et al*. Gerenciamento de Hospitais Filantrópicos: Confronto entre a Técnica Médica, o Poder Político e a Administração Hospitalar. VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990a. Disponível em: <http://goo.gl/twYSz>.

_____. Lei nº 8.142**,** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990b. Disponível em: <http://goo.gl/Y2dvW>.

_____. Lei nº 9. 961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2000.

_____. **O Programa Nacional de Imunizações**: 30 anos. Brasília: SVS, 2003. Disponível em: <http://goo.gl/CHVSsW>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 15 de maio de 2008. Redefine a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/KSquU6>.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as ESFs e na parte que dispõe sobre a suspensão do PAB variável. Brasília: MS, 25 ago. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/6dfX6c>.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios

em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Congresso nacional, 2012a. Disponível em: <http://goo.gl/ssCQJq>.

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, Congresso Nacional, 2012b. Disponível em: <http://goo.gl/zSzg9D>.

_____. Ministério da Saúde. **Estudos de custos dos equipamentos médicos hospitalares em atenção básica nos anos de 2010 e 2011**. Brasília: MS, 2013a.

_____. **Estudos de custos indiretos da infraestrutura em atenção básica**. Brasília: MS, 2013b.

_____. **Programa Nacional de Imunizações**: 40 anos. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2013c. Disponível em: <http://goo.gl/2H30L4>.

_____. **Relatório Anual de Gestão (RAG) do exercício de 2012**. Brasília: MS, mar. 2013d.

_____. Lei nº 12.842, de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. Brasília: Congresso Nacional, 2013e. Disponível em: <http://goo.gl/wPai5N>.

BRASIL. Projeto de Lei nº 6.126/2013. Altera a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília: Câmara Federal, 2013f.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Congresso nacional, 2013g. Disponível em: <http://goo.gl/CxJBaX>.

BUCHAN, J.; DAL POZ, M. R. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. **Bulletin of the World Health Organization 2002**, v. 80, n. 7, p. 575-580, 2002. Disponível em: <http://goo.gl/MFWwxb>.

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

CANTOR, J. C. *et al.* Physician Service to the underserved: implications for affirmative action in medical education. **Inquiry**, v. 33, n. 2, p. 167-180, Summer 1996.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. Reformas neoliberais, reforma sanitária brasileira e fundações estatais de direito privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Municípios compensam as perdas no SUS**. Brasília, [s.d.]. Disponível em: <http://goo.gl/Ulwq93>. Acesso em: jul. 2013.

CUNHA, J. A. C. da e CORRÊA, H. L. Avaliação de Desempenho e Eficiência Organizacional: Um Estudo Aplicado em Hospitais Filantrópicos. XXXVI Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração. 22 a 26 de setembro de 2012, Rio de Janeiro.

DELAMAIRE, M.-L.; LAFORTUNE, G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. **OECD health working papers**, Paris, n. 54, Jul. 2010. Disponível em: <http://goo.gl/PghCG>.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, jul./set. 2005.

DOLEA, C. *et al*. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Bull world health organ**, v. 88, p. 379-385, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/OqErNF>.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, jan./mar. 2013.

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Atenção qualificada ao parto: a equipe de enfermagem em Rio Branco, Acre, Brasil. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 331-338, jun. 2008.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Human resources for health**, London, v. 4, n. 12, 2006.

FELDSTEIN, P. J. **Health care economics**. 5th ed. Clifton Park: Delmar Cengage Learning, 1999.

FESF-SUS – FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA. A Bahia unida por um novo caminho para a saúde da família. Salvador: FESF/SUS, 2009.

FILA do serviço médico da rede municipal de SP tem 661 mil pedidos. **Folha de S. Paulo**, 18 jan. 2013. Disponível em: <http://goo.gl/mrQ4IJ>. Acesso em: 17 set. 2013.

FIORAVANTE, D. G.; PINHEIRO, M. M. S.; VIEIRA, R. S. **Lei de Responsabilidade Fiscal e finanças públicas municipais**: impactos sobre despesas com pessoal e endividamento. Brasília: Ipea, 2006. (Texto para Discussão, n. 1.223).

FOLLAND, S.; GOODMAN, A.C.; STANO, M. **A economia da saúde**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GOLIAS, A. R. C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1.235-1.246, maio 2013.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

HOMMA, A. *et al*. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 445-458, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conta-satélite de saúde Brasil: 2005-2007. **Contas nacionais**, Rio de Janeiro, n. 29, 2009. Disponível em: <http://goo.gl/3cq8Mm>.

_____. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/YOALrN>.

_____. **Conta-satélite de saúde Brasil**: 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/5ZTu0t>.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação-Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Brasília: Ipea, vários anos.

KATON, W. J. *et al*. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. **New England journal of medicine**, n. 363, p. 2.611-2.620, 30 Dec. 2010.

LAURANT, M. *et al.* Substitution of doctors by nurses in primary care. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 4, 2004.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 20, n. 1, p. 85-100, mar. 2011.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. da. A GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES E SUAS COMPLEXIDADES. VII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 12 e 13 de agosto de 2011.

MENDONÇA, C.P.; Anjos, L.A. **Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):698-709, mai-jun, 2004

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na zona leste do município de São Paulo. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 546-551, jul./ago. 2009.

NASCIMENTO, D. R. As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, fev. 2011.

NERI, M. C. **Escassez de médicos**. Rio de Janeiro: CPS/FGV, [s.d.]. Disponível em: <http://goo.gl/aazbI9>. Acesso em: 21 out. 2013.

_____. **O retorno da educação no mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: IBRE/FGV; EPGE/FGV, 2005. Disponível em: <http://goo.gl/WdY5fV>.

_____ (Coord.). **Você no mercado de trabalho**: segunda etapa da Pesquisa Educação e Trabalho do Jovem no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE; CPS, 2008.

NIGENDA, G. The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment. **Health policy**, v. 39, p. 107-122, 1997.

PESQUISA Lei de Acesso à Informação. **Revista IDEC**, n. 168, p. 22-24, ago. 2012.

PÉREZ, P. B.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G.; VEGA, R. S. **Oferta, demanda y necesidad de médicos especialistas en Brasil**: proyecciones a 2020. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/IwAe5J>.

PERPÉTUO, I. H. O. *et al*. **A categoria profissional dos médicos**: fatores condicionantes de sua atração e fixação na atenção primária à saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: SESMG, 2009. (Série Publicações do Observatório).

PIOLA, S. F. *et al*. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1.846).

PULCINI, J. *et al*. An international survey on advanced practice nursing, education, practice and regulation. **Journal of nursing scholarship**, v. 42, n. 1, p. 31-39, 2010.

RABELLO NETO, D. L. *et al*. As fontes de informação do Sistema Único de Saúde para a saúde do trabalhador. *In*: CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. (Orgs.). **Saúde e segurança no trabalho no Brasil**: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília: Ipea, 2011.

SANCHEZ, M. O. *et al*. Atuação do CEREST nas ações de vigilância em saúde do trabalhador no setor canavieiro. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 37-43, jan./mar. 2009. Suplemento 1.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011.

_____. **Demografia médica no Brasil**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2.

SEADE – FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Vinculação de bancos de dados de acidentes do trabalho fatais dos estados de São Paulo e Minas Gerais 2006-2008**. São Paulo, nov. 2012. Relatório Técnico. Disponível em: <http://goo.gl/MnnRCo>.

SERVO, L. M. S. **Ampliação da oferta qualificada e do papel do enfermeiro na atenção básica**. [s.l.], 2013. (Nota Técnica). No prelo.

SILVA, D. W. **Atuação profissional de motoboys e fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito em Londrina**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

SIMOENS, S. Experiences of organization for economic cooperation and development countries with recruiting and retaining physicians in rural areas. **Australian journal of rural helth**, v. 12, n. 3, p. 104-111, Jun. 2004.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Auditoria Operacional**: Política Nacional de Atenção Oncológica. Brasília: TCU, 2011.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, jun. 2010. Disponível em: <http://goo.gl/bfSnLG>.

_____. **Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, 2012a.

_____. **Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil**. Belo Horizonte: UFGM/Nescon, 2012b.

_____. Evolução do mercado formativo de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, 1993 a 2010. **Boletim Sinais de Mercado de Trabalho em Saúde**, Ano11, n. 2, 2012c. Ed. Especial.

VIANNA, S. *et al*. **O financiamento da descentralização dos serviços de saúde**: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios. Brasília: OPS, nov. 1990. (Série Economia e Financiamento).

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. **Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica**: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Brasília: Ipea, 2013. (Nota Técnica, n. 16).

WAGNER, E.H. The role of patient care teams in chronic disease management. **BMJ.** Feb 26, 2000; 320(7234): 569–572.

WALDVOGEL, B. Quantos acidentes de trabalho ocorrem no Brasil? Proposta de integração de registros administrativos. *In*: MINAYO, C.; MACHADO, J. M. M.; PENA, P. G. L. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Manual de telessaúde para atenção básica/atenção primária à saúde**: normas e manuais técnicos. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/Cc9CMk>.

CASTRO, J. D. Análise da distribuição de recursos financeiros para assistência à saúde no Brasil e no RS: proposta de operacionalização dos critérios para a sua distribuição. **Saúde em debate**, v. 32, n. 1, p. 10-16, 1991.

COSTA, D. *et al.* Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, jan./jun. 2013.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

SERVO, L. M. S. *et al*. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

VIEIRA, F. S. **O limite de despesa com pessoal da Lei de Responsabilidade Fiscal e seu impacto para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: ANESP, 2013. No prelo.