

# Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde

Monica Padilla<sup>1</sup>, Isabela Cardoso M. Pinto<sup>2</sup>,  
Tânia Celeste M. Nunes<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

<sup>3</sup> Vice Presidência de Ensino, Informação e Comunicação/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

---

# Introdução

A comemoração dos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma oportunidade para a reflexão da agenda nacional da área de Trabalho e Educação em Saúde, articulada com o movimento internacional para atingir a meta de Saúde Universal. Tal é o objeto do presente ca-

pítulo, no qual se reflete sobre as políticas, programas e ações da área, identificando os avanços e os desafios que convergem para a defesa do direito universal à saúde no Brasil e a sustentabilidade do SUS.

## Breve resgate da trajetória da área de Trabalho e Educação em Saúde

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)<sup>a</sup> impulsionou debates e críticas dos conceitos que balizam a saúde pública e a própria organização do sistema de saúde no Brasil, estabelecendo sinergia entre a discussão dos processos de formação de profissionais do setor e a visão de um novo sistema de saúde de caráter universal e inclusivo, que viria a se constituir como SUS.

A RSB buscou, assim, superar as desigualdades sociais e iniquidades em saúde o que favoreceu a abertura de linhas de pesquisa, cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, além de outras atividades de capacitação, contribuindo para a formação de um pensamento crítico capaz reorientar políticas e práticas relacionadas ao campo de Trabalho e Educação na Saúde.

Dentro de tal marco é que foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), ainda nos anos 70, coordenado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), que se transformou em importante instrumento de aglutinação de ideias nos serviços e nas universidades, nas quais já se vinha exercendo a crítica ao modelo vigente<sup>1</sup>. O debate em torno da chamada *Integração Docente Assistencial* (IDA), por sua vez, induziu o contato entre as equipes de docentes e os alunos vinculados a departamentos universitários de Medicina Comunitária com profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde, na busca de alternativas para transformar o sistema de saúde pela via da problematização<sup>2</sup>.

Esses e outros movimentos fizeram parte ou decorreram da RSB, que contou com forte influência

---

a O movimento da Reforma Sanitária repercutiu significativamente na formulação das políticas governamentais e de reconstrução do Estado na Nova República, assumindo um perfil de políticas públicas indutoras que se configuraram em torno do tema “Saúde e Democracia” cujo ponto áureo foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986<sup>3,10</sup>

do arcabouço teórico da Medicina Social, gerado nos Departamentos de Medicina Preventiva em articulação com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)<sup>2,3,4,5</sup>.

A riqueza desse processo provocou a fertilização de iniciativas que podem ser consideradas embriões no campo do Trabalho e Educação na Saúde – o pensamento de Cecília Donnangelo sobre o mercado de trabalho médico<sup>6</sup>, as relações entre saúde e sociedade<sup>7</sup>, a crítica de Sérgio Arouca sobre a Medicina Preventiva<sup>8</sup>, a contribuição de Eleutério Rodriguez Neto sobre a proposta de Integração Docente-Assistencial<sup>2</sup>, além dos estudos de Mendes Gonçalves sobre as dimensões sócio históricas das práticas de saúde<sup>9</sup>. Este contexto configurou um movimento de natureza crítica, impulsionado pela análise dos determinantes sociais das desigualdades e das iniquidades em saúde e pela sintonia ou crítica aos movimentos ideológicos de reforma na organização dos serviços e das práticas de saúde no Brasil.

O movimento pela RSB incorporou conceitos e propostas oriundas desses estudos e debates, desdobrando-se em um processo de mobilização política e social que culminou na incorporação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988<sup>11</sup> e na aprovação das Leis 8080/90<sup>12</sup> e 8142/90<sup>13,3,14</sup>.

A implementação do SUS desencadeou esforços de reconfiguração das práticas e de ampliação e descentralização dos serviços de saúde, suscitando a necessidade de redefinição dos processos de formação e de qualificação profissional, bem como dos procedimentos de

inserção e de distribuição dos trabalhadores no setor, o que contribuiu sobremaneira para a dinamização do debate sobre Trabalho e Educação na Saúde.

Nessa perspectiva, é imprescindível compreender a imbricação dessas duas áreas e a relevância de pensá-las de forma articulada, expressando um campo temático de natureza estratégica, com atividades técnico-científicas, permeadas por fenômenos sociais e culturais que não podem ser desconsiderados no processo de construção de sistemas universais e inclusivos.

Temas como “ensino médico”, “integração docente assistencial”, “formação em saúde pública”, “educação permanente em saúde”, “formação técnica”, “educação a distância”, “multi, trans e interprofissionalidade”, “redes”, “formação de gestores”, “força de trabalho”, “mercado de trabalho”, “carreiras”, “terceirizações”, “precarização”, “planos de cargos e salários”, “migrações e distribuição de pessoal de saúde”, “captação e fixação dos profissionais de saúde”, além de outros, passaram a integrar o repertório das políticas de educação e gestão do trabalho na saúde, além de impulsionarem o desenvolvimento científico, a formação de quadros especializados e a organização de grupos de pesquisa em todo o país.

A integração entre as instituições formuladoras de políticas, as escolas de saúde pública, os institutos de pesquisa e as universidades propiciou a intensificação da geração de conhecimento, o que foi potencializado pelo surgimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos<sup>15</sup>. Esta Rede se expandiu em todo o território na-

cional, com vocações específicas, favorecendo uma grande diversificação de temas sobre as políticas da área, com expressões diferenciadas dos problemas de pesquisa, seja com produção mais abrangente, de alcance nacional e internacional, ou de caráter focal, em apoio ao desenvolvimento das políticas regionais.

A Rede de Observatórios de Recursos Humanos é coordenada pelo Ministério da Saúde, com apoio permanente da OPAS/OMS, e está articulada à Rede Latino Americana de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde<sup>16</sup>. Entre os temas trabalhados destacam-se: força de trabalho e mercado profissional; condições laborais (remunerações, vínculo); migrações; aspectos fiscais e grau de investimento em recursos humanos; regulação das profissões; estudos sobre políticas e programas nacionais, tais como a Política de Educação Permanente em Saúde<sup>b</sup> (EPS), o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Formação do Pessoal de Enfermagem (PROFAE), além de outros.

O desenvolvimento da área de gestão do trabalho e educação em saúde não se expressa somente na produção científica, mas também na participação ativa em espaços estratégicos como congressos da Abrasco<sup>c</sup> e da Rede Unida e ainda nos colegiados representativos de gestão técnica e política do SUS (CIB, CIT por exemplo), no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), no Conselho Nacional de

Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e na Comissão Inter setorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Ao longo das últimas décadas, as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências Nacionais de Recursos Humanos se constituíram em arenas de debate político em torno de questões estruturantes de novas agendas para os processos educativos e da formulação das políticas de trabalho<sup>17,18</sup>.

No entanto, ao se analisar as deliberações das Conferências na área de Trabalho e Educação na Saúde, é possível observar, a reedição de críticas e de propostas realizadas em momentos anteriores. Uma situação que instiga a reflexão acerca dos motivos do escasso avanço relativo aos direitos dos trabalhadores e à institucionalização das carreiras no SUS, observando-se ainda uma distância marcante entre as temáticas da formação profissional e das necessidades de saúde da população.

E, para além da produção científica, e da participação em espaços estratégicos, a área de gestão do trabalho e educação em saúde vêm se expressando nas políticas públicas em um conjunto de programas e ações que respondem aos crescentes desafios da área no SUS, o que pode ser mais bem apreciado no Quadro 1 a seguir.

---

b A Educação à Distância foi inicialmente desenvolvida pela ENSP-FIOCRUZ, numa estratégia associada à criação da Escola de Governo em Saúde, sendo posteriormente expandida e diversificada pela proposta da UNASUS, com a condução do Ministério da Saúde. Essa iniciativa produziu a agregação de novas tecnologias em EAD, e um grande incentivo à expansão para grandes clientelas e permanente renovação tecnológica.

c A ABRASCO criou, na década de 1990, um Grupo de Trabalho de Recursos Humanos e Profissões, que adotou, posteriormente a denominação de GT de Trabalho e Educação na Saúde.

## QUADRO 1

### Síntese das políticas de trabalho e educação na saúde

Década	Ano	Políticas/Ações
1970	1974	Programa de Integração Docente- Assistencial (IDA)
	1975	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) Cursos Descentralizados de Saúde Pública
	1976	PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, criado pelo Decreto nº 78.307 de 1976
1980	1981	Projeto Larga Escala (PLE)
	1985	Rede Unida
	1986	I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1987	Projeto de capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CADRHU)
	1988	Constituição Federal
1990	1990	Leis 8.080 e 8.142
	1990	Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa Ensino, Serviço e Comunidade)
	1993	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNPSUS)
	1993	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NORH-SUS) II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
	1999	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)
2000	2000	Princípios e Diretrizes para a NOBRH-SUS
	2001	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área da Saúde (DCN)
	2001	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED)
	2002	VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde)
	2003	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
	2003	Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS
	2004	Política de Educação Permanente em Saúde
	2004	Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS
	2004	Comissão Especial para elaboração de diretrizes do PCC-SUS
	2005	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)
	2005	Residências em Saúde
	2006	3ª Conferência Nacional de RHS. Política de Gestão do Trabalho
	2006	Qualificação e estruturação da gestão do trabalho no SUS – ProgeSUS
	2007	TELESSAÚDE
	2008	PET-SAÚDE
2009	PROFAPS	
2010	2010	Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)
	2010	Sistema FIES (Lei 12.202)
	2011	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)
	2011	INOVA-SUS
	2011	Revalida
	2012	Saúde Baseada em Evidências
	2013	Programa Mais Médicos
	2013	Caminhos do Cuidado
	2014	Comunidades de Práticas
	2014	Lançamento da Agência Nacional de Acreditação Pedagógica (AAP-ABRASCO)
2018	Programa de Formação de Agentes de Endemias (PROFAGS)	

Em 30 anos de SUS houve um crescimento exponencial da oferta de serviços públicos em saúde, bem como a ampliação dos postos de trabalho, abrindo mercado para um número expressivo de novos profissionais. Consequentemente, ampliou-se a oferta formativa, com uma significativa diversidade de temas, favorecendo o diálogo entre os atores do SUS e a incorporação de inovações no interior do mesmo.

No entanto, não basta perceber o crescimento da oferta de cursos e de postos de trabalho, é importante também analisar os modos como tal ampliação e inserção profissional vêm ocorrendo. Faz-se necessário, assim, aprofundar

as análises, para dar respostas a uma série de questões, a saber: Que necessidades são requeridas pela população e seus coletivos? Como a força de trabalho responde às necessidades da população? Que modalidades de emprego e condições laborais são necessárias? Qual deve ser o conteúdo da formação em saúde? Como fixar os trabalhadores? Qual a valorização social da força de trabalho em saúde? Como regular a formação e o exercício da prática profissional? Que direitos trabalhistas é possível garantir? Como as questões econômicas influenciarão novos ciclos de políticas de saúde e de educação e trabalho? E que parcerias precisam ser feitas na perspectiva da defesa e aprimoramento do SUS?

## Educação e Trabalho em Saúde: uma revisão de literatura

As políticas públicas no campo da formação e da gestão do trabalho em saúde no Brasil estimularam a realização de estudos e pesquisas, que constituem um acervo científico na área<sup>19, 20</sup>. Assim, temas sobre o fortalecimento da atenção primária à saúde, à integralidade e à humanização, foram postos em cena, tais como: Educação Permanente, Educação Popular, Enfermagem e Agentes Comunitários De Saúde, Saúde da Família, PET Saúde, Integração, Ensino X Serviço e Comunidade,

Educação Médica, Sustentabilidade das Escolas Técnicas, Educação à Distância e Tecnologias Educacionais, Educação Interprofissional, além de programas como Promed, Prosaúde, Provac; Mais Médicos, Bacharelados Interdisciplinares, entre outros.<sup>d</sup>

A formação dos profissionais de saúde tem sido a principal temática estudada, sendo que a maioria dos trabalhos na área analisa as experiências de reformas curriculares, as metodolo-

---

<sup>d</sup> Vale destacar que nesses trabalhos prevalece uma referência à relação ensino x serviço x academia e sociedade, que permeou a construção de arranjos de políticas e de propostas de formação para essa área desde a década de 1970, criando uma relação mais orgânica entre os órgãos condutores das Políticas de Saúde, as Escolas Técnicas e de Saúde Pública, as Universidades e Institutos de Pesquisa, com contribuições importantes da OPAS/OMS e das entidades de representação nacional, como Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS, em consonância com a matriz de orientação do SUS de caráter universal, inclusivo e com estímulo às práticas participativas.

gias de ensino-aprendizagem e de articulação ensino-serviço. A configuração, as tendências do mercado de trabalho em saúde e as características do processo de trabalho em diversos espaços e instituições são outros temas bastante estudados.

Girardi (2002), destaca que algumas das reconfigurações mais expressivas e controvertidas dos mercados de trabalho em saúde ensaiadas ao longo da década de 1990 no Brasil escapam dos registros e estatísticas oficiais. Entre tais conformações estão a municipalização do emprego em saúde; o crescimento do mercado de trabalho; a medicina suplementar; a expansão dos negócios e da ocupação informal no setor; a precarização das relações laborais no interior dos mercados formais, além do vigoroso crescimento da assim chamada “outra saúde”. Da mesma forma, ficaram relativamente fora das discussões os movimentos de terceirização e de flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do crescimento das cooperativas de trabalho e explosão das sociedades civis de profissões regulamentadas, bem como novas formas da autonomia integrada ou de segunda geração, predominante entre os médicos, embora não a eles limitadas.

Outro aspecto foi a vigorosa expansão observada no emprego em saúde vinculada ao poder público municipal e aos diversos segmentos da medicina suplementar. Uma das estratégias utilizadas para a captação desses movimentos foram as pesquisas de perfis profissionais<sup>22</sup> e de

*surveys* não convencionais, a exemplo das pesquisas telefônicas<sup>21</sup>.

O processo de implementação do SUS provocou grande crescimento dos postos de trabalho na saúde, revelando a importância do setor para o conjunto da economia. O setor que contava em 1992 com quase 1,5 milhão de empregos formais, passou, em 2005, para mais de 2,5 milhões empregos<sup>22</sup>, chegando, em 2010, a pouco mais de 3,6 milhões de vínculos<sup>23</sup>.

Outro aspecto que merece destaque é a expansão do número de cursos e de egressos da graduação na área de saúde. Segundo o INEP/MEC, a partir de 1995, o número de graduados cresceu bem mais, quando comparado ao crescimento do emprego para todas as categorias, com exceção dos médicos. De acordo com o Censo da Educação Superior, em 2016 estavam registrados 5.728 cursos de graduação em saúde no Brasil (MEC/INEP)<sup>e</sup>. Dentre as profissões com mais cursos estavam enfermagem, psicologia, fisioterapia e farmácia. Mas, o número de concluintes desses cursos era muito maior do que a capacidade de absorção dos seus egressos pelo mercado de trabalho. Para os médicos ocorria o inverso, o crescimento foi menor do que a necessidade do mercado<sup>21</sup>.

Uma das características do setor saúde é a multiplicidade de formas de inserção profissional que fogem das relações trabalhistas tradicionais. Observa-se um conjunto heterogêneo de arranjos, a exemplo dos contratos de trabalho precarizados, das ocupações não regulamen-

---

e Censo Educação Nível Superior: [http://portal.inep.gov.br/artigo//asset\\_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/mec-e-inep-divulgam-dados-do-censo-da-educacao-superior-2016/21206](http://portal.inep.gov.br/artigo//asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/mec-e-inep-divulgam-dados-do-censo-da-educacao-superior-2016/21206)

tadas, do trabalho autônomo “liberal”, das cooperativas, dos autônomos contratados para prestação de serviços, além da “pejotização”, neologismo que expressa a situação da pessoa física que se constitui como pessoa jurídica (“PJ”), por exigência das empresas contratantes ou por mitigação relativa ao pagamento de tributos.

Um estudo realizou uma comparação da evolução do emprego em saúde com os empregos de uma forma geral, no período de 2000 a 2005. Os dados corroboram a hipótese que os serviços de saúde responderam de maneira positiva neste período a um ciclo expansivo de curto prazo da economia. Contudo, em intensidade menor e em ritmo mais lento do que o dos setores empresarialmente mais dinâmicos, como o comércio e a indústria. O crescimento de emprego com características semelhantes acontece também na administração pública.<sup>24</sup>

Chama ainda a atenção na literatura, a necessidade de se aprofundar a análise dos recursos humanos em saúde, ultrapassando a abordagem tradicional com foco nas relações quantitativas entre demanda e oferta de profissionais, bem como na formação de mão de obra e sua compatibilidade com as necessidades epidemiológicas. Sugere-se, considerar também os aspectos negligenciados, tais como: fatores econômicos, dinâmica do mercado de trabalho e perfil comportamental dos profissionais de saúde.

O trabalho dos profissionais de saúde sofre influências múltiplas, em sua maioria relacionadas ao processo de governança do sistema de saúde. A realização de estudos para revelar fa-

tores e problemas reais existentes é de importância fundamental para traçar estratégias na área. Nesse sentido, faz-se necessário estudar casos brasileiros como: a fixação dos quadros, considerando os ciclos político-administrativos nas gestões Federal, Estadual e Municipal; os critérios de remuneração profissional; a descontinuidade de políticas importantes pelas mudanças governamentais, entre outras. Devem ser também melhor estudados, as principais questões relacionadas à qualificação e à utilização de pessoal, considerando o dinamismo do mercado de trabalho, ao impor novas formas de contratação exigindo regulação mais apropriada<sup>25</sup>.

No tema, destaca-se o crescimento da produção de trabalhos sobre o Programa Mais Médicos (PMM). Dentre os trabalhos que analisam os resultados do Programa, há estudos focados na contribuição do Programa para a redução das iniquidades na oferta dos serviços de saúde. Santos, Costa e Girardi (2015)<sup>26</sup> demonstraram um impacto do PMM na oferta de médicos<sup>27</sup>, o que contribuiu para a redução das desigualdades entre municípios. Chamam a atenção, entretanto, para a redução na contratação de médicos diretamente pelas Secretarias Municipais de Saúde com o advento do PMM, o que evidencia certa dependência do Governo Federal em relação ao provimento de médicos.

Outra pesquisa realizada em um município do sertão nordestino aponta que a implementação do PMM contribuiu para aumento significativo no número de consultas e atendimentos feitos pelos médicos, além de queda significativa nas solicitações de exames complementares<sup>28</sup>.

Sobre o mesmo tema, Ribas (2016)<sup>29</sup> observou que 73,0% dos municípios brasileiros receberam ao menos um médico oriundo do PMM e que entre 65,0 a 83,0% dos profissionais foram alocados em municípios com perfil prioritário. Outro achado relevante é que 82,0% dos médicos foram lotados nas equipes de Saúde da Família, produzindo uma expansão de 15,7% na população coberta nos dois primeiros anos de duração do Programa, com percentuais variando de 10,0 a 25,0% entre as regiões geográficas. Os resultados demonstram o êxito do provimento emergencial, uma vez que as áreas mais vulneráveis do país parecem ter sido privilegiadas.

No Boletim da Organização Mundial de Saúde<sup>30</sup> enfatiza-se a necessidade de se ter recursos humanos em saúde suficientes para garantir sistemas de saúde eficazes e reativos, visto que países com financiamentos frágeis e com quantidades insuficientes de profissionais demonstram grandes dificuldades em garantir a universalização da atenção à saúde. Alguns estudos comparam o PMM com iniciativas internacionais de natureza semelhante, como na Austrália, Estados Unidos e Brasil, em termos do provimento de profissionais, apontando os desafios e estratégias utilizadas diante da complexidade que envolve a questão<sup>31, 32</sup>.

## Trabalho e Educação em Saúde na gestão pública brasileira

O amadurecimento teórico, conceitual, epistemológico e político da área de Trabalho e Educação na Saúde, nos últimos 30 anos, repercutiu nos avanços das políticas públicas e na agenda governamental, com grande impacto ao longo do processo de constituição do SUS.

Nos primeiros anos de funcionamento do SUS as diretrizes de descentralização e de ampliação da cobertura das ações e dos serviços de saúde implicaram em considerável aumento na demanda por trabalhadores em saúde. Em um primeiro momento, a agenda setorial para as políticas de recursos humanos que contempla-

va itens como a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e a qualificação profissional, unificou gestores, formuladores de políticas e trabalhadores de saúde.

Nos anos de 1990, entretanto, o consenso sobre tais políticas se reduz. Em meados da década de 1990 o governo brasileiro propôs uma reforma do Estado<sup>f</sup> orientada pelos marcos do gerencialismo e do ajuste fiscal, integrando-se a um ciclo de reformas que atingia então toda a América Latina<sup>14</sup>. Tal movimento, de cunho administrativo e fiscal, introduziu novos desenhos institu-

---

f As discussões em torno da Reforma do Estado trouxeram à tona uma gama de produções relativas à necessidade de otimizar recursos públicos, com restrições, cortes orçamentários e incentivo à formulação de uma nova pauta na área de Trabalho e Educação na Saúde influenciada por esses ajustes.

cionais de políticas, contemplando, entre outros aspectos, alterações nas relações de trabalho a partir da flexibilização da estabilidade no serviço público e a permissão de regimes jurídicos diferenciados, além da definição de tetos para a remuneração dos servidores ativos e inativos<sup>33</sup>.

Em 2003, o país passa por uma importante mudança com o novo governo federal. Um dos pontos destacados na proposta do mesmo foi o projeto de revitalização do Estado, através do plano “Gestão Pública para um Brasil de Todos”<sup>g</sup>, que previa princípios de redução do déficit institucional, do fortalecimento da capacidade de formular e de implementar políticas, além de otimização de recursos, outorgando ao Estado um papel ativo na redução das desigualdades e na promoção do desenvolvimento<sup>33</sup>.

Na saúde, e especificamente no campo dos Recursos Humanos, o fortalecimento da institucionalidade das políticas públicas se expressou na criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação (SGTES) do Ministério da Saúde<sup>h</sup>, iniciativa que permitiu circulação de novas ideias e conhecimentos, bem como proposição de programas e alocação de recursos, ampliando as possibilidades do desenvolvimento de políticas governamentais específicas para o setor.

A institucionalização da área de Trabalho e Educação na Saúde, no âmbito governamental,

por meio da SGETS, favoreceu o diálogo com diferentes atores de instituições parceiras e entidades representativas, como Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de diálogo e ação direta com a Rede Brasileira dos Observatórios de RH em Saúde.

A possibilidade de fortalecimento da gestão do Estado, todavia, não se concretizou totalmente e assim, paralelamente, desenhos institucionais alternativos começaram a ser propostos para a gestão da rede de serviços públicos de saúde, a exemplo das Organizações Sociais, das Fundações Estatais de Direito Privado, dos Consórcios Públicos, das Parcerias Público-Privadas e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH<sup>33, 34</sup>.

Importante ressaltar que um dos argumentos apresentados pelos gestores para a busca de tais alternativas foram os constrangimentos trazidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), relativos ao aumento do contingente de servidores públicos para responder as demandas de expansão das ações e serviços municipais, devido ao limite financeiro que tal lei impôs à gestão da saúde<sup>34</sup>.

Assim, foi ficando extremamente complexo enfrentar a multiplicidade dos desafios impostos

---

g Ministério do Planejamento, Brasil. Acesso em [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwi90tfSI53eAhWFwFkKHW0dDngQFjACegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.planejamento.gov.br%2Fsecretarias%2Fupload%2FArquivos%2Fsegges%2F081003\\_segges\\_arq\\_gestao.pdf&usg=AOvVaw1\\_nd3FtKG7ADSkPM0m1F2u](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwi90tfSI53eAhWFwFkKHW0dDngQFjACegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.planejamento.gov.br%2Fsecretarias%2Fupload%2FArquivos%2Fsegges%2F081003_segges_arq_gestao.pdf&usg=AOvVaw1_nd3FtKG7ADSkPM0m1F2u)

h A SGTES trouxe um outro recorte para as políticas de formação em saúde, com financiamento assegurado para os serviços, universidades e órgãos de pesquisa. Essa articulação impulsionou o surgimento e aperfeiçoamento de redes de formação, favorecendo o diálogo entre atores como o Ministério da Educação e a OPAS/OMS.

à área de Trabalho e Educação na Saúde, que derivaram, em grande parte, da diversidade de formas de inserção dos profissionais e trabalha-

dores de saúde nos serviços e dos variados modelos de gestão implantados no SUS ao longo dos últimos anos.

## Trabalho e Educação na Saúde na Agenda Internacional

Na agenda internacional há um esforço de revisão e reposicionamento da área em foco, mediado pela OPAS/OMS. As Assembleias Mundiais de Saúde têm produzido documentos, entre os quais se destaca “A Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: a força de trabalho 2030”<sup>30</sup>, com objetivo declarado de “melhorar os resultados de saúde, desenvolvimento social e econômico, garantindo a disponibilidade universal, acessibilidade, aceitação, cobertura e qualidade da força de trabalho na saúde, através de investimentos adequados para fortalecer os sistemas de saúde a implementação de políticas efetivas a nível nacional, regional e global”<sup>35</sup>.

Espera-se, com tal iniciativa, que todas as comunidades tenham acesso universal aos profissionais de saúde, sem estigma e discriminação, com aproveitamento de recursos humanos locais e respeito aos direitos dos trabalhadores de saúde migrantes, combinando políticas efetivas com investimentos adequados para atender necessidades não atendidas<sup>35</sup>.

Na Região das Américas constata-se a decisão dos países em enfrentar tal questão, em busca do acesso universal a saúde, com a aprovação recente da “Estratégia e Plano Regional de

Recursos Humanos para a Saúde Universal”<sup>35</sup>, destinada a planejadores e formuladores de políticas dos países, podendo também alcançar os empregadores dos setores público e privado, as associações profissionais, as instituições de educação e treinamento, os sindicatos, os parceiros de desenvolvimento bilateral e multilateral, as organizações internacionais e sociedade civil, entre outros.

No caso específico do Brasil, cabe destacar a intensa participação da Representação da OPAS/OMS, pela vasta experiência internacional desenvolvida nos últimos anos, na cooperação com países da América Latina e Caribe com a formação de quadros para os Ministérios de Saúde e outras instâncias governamentais, assim como na formulação de políticas de apoio ao desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países.

A preocupação central que tem motivado os debates internacionais é de como melhorar o acesso aos serviços de saúde e realizar o direito ao mais alto padrão de saúde possível com foco na força de trabalho, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitação e qualidade, envolvendo competência, distribuição, motivação, cobertura de serviço eficaz, educação, desempenho e retenção.

Entretanto, no campo dos recursos humanos, devem ser reconhecidos muitos desafios e obstáculos, entre os quais se destacam: a má distribuição de profissionais; as barreiras às práticas interprofissionais; o uso ineficiente de recursos; a desigualdade na distribuição de gênero; o envelhecimento do contingente; o investimento ainda insuficiente na educação de profissionais de saúde; a incompatibilidade entre as estratégias educativas e as necessidades das populações e dos sistemas de saúde; as dificuldades para fixação de profissionais em áreas remotas e mal atendidas, entre outros.

A estratégia global de recursos humanos em saúde aponta opções políticas para os estados membros da OMS e faz algumas recomendações, cabíveis ao caso brasileiro, mas que devem ser aprofundadas para identificar as ações necessárias para serem viabilizadas. Assim, são necessários investimentos em governança do sistema, para a implementação de ações de otimização da força de trabalho e mais ainda: identificar necessidades futuras dos sistemas de saúde; aproveitar a crescente demanda dos mercados de trabalho da saúde para maximizar a criação de empregos e o crescimento econômico; construir capacidades institucionais; fortalecer os sistemas de informação e as bases de dados sobre recursos humanos, visando estratégias nacionais e mesmo globais.

Vale a pena também ressaltar que o trabalho em saúde em emprego público reverte significativamente em renda familiar, contribuindo para desenvolvimento do país, argumento que tende a ser menosprezado em circunstâncias de alto desemprego e de não priorização da absorção pelo setor público de saúde, como acontece no Brasil, no presente momento.

O contexto político e econômico do país, com desaceleração do crescimento, contenção das políticas sociais e apoio do Estado ao setor privado, traz alertas sobre os impactos na equidade, na qualidade e no acesso da população à saúde universal. Inegavelmente, a crise atual ampliou consideravelmente as demandas sociais, principalmente no que se refere aos serviços de saúde. Tal situação, por sua vez, é um importante elemento a ser considerado nas dinâmicas do mercado de trabalho e no provimento de profissionais de saúde. A adoção de múltiplas formas de contratação de mão de obra, com flexibilização nas formas de contratação (individual e institucional) são fatores de tensão nas relações de trabalho no SUS, potencializados pela recente alteração nas leis que regulamentam o trabalho no país. Em tal contexto, torna-se necessário analisar criticamente, em termos de sua viabilidade, o conjunto de incentivos determinantes na inserção, mobilidade e desempenho profissional dos profissionais inseridos no SUS, notadamente na Atenção Básica, e especialmente em áreas remotas.

# Construção de capacidades, formação e perfis necessários a consolidação do SUS

As questões sobre modelos de gestão e mercado de trabalho em saúde estão, entre outros fatores, relacionadas à formação profissional em saúde e envolvem também dimensões como a qualidade da assistência à saúde, a regulação do trabalho, a educação permanente, entre outras, presentes no cotidiano do SUS.

A inadequação dos perfis profissionais pode ser considerada uma das maiores dificuldades a serem superadas no SUS, por explicar boa parcela das lacunas de distribuição profissional, reforçadas por um modelo formativo que privilegia os espaços de alta complexidade, a prática liberal e o privilégio aos espaços urbanos. As consequências de tal modelo se consubstanciam nas dificuldades em atrair e fixar profissionais de saúde, especialmente médicos, nas áreas mais carentes, além de influir de forma negativa na capacidade de resposta do Estado às necessidades da população.

O reconhecimento da problemática que envolve a inadequação dos perfis profissionais em saúde não é recente, assim como a crítica aos modelos de formação tradicionais, não condizentes com os modelos de atenção adequados à realidade, a exemplo da Atenção Primária a Saúde, estratégia fundamental para o fortalecimento dos sistemas de saúde universalizados. Nesse sentido, Almeida Filho (2011)<sup>36</sup> alerta:

*“A força de trabalho ideal para atendimento no SUS ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que operam o sistema. Essa disparidade é em parte decorrente da auto seleção. O setor privado promove uma ideologia individualista em que o serviço público é considerado como apenas emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada. No entanto, pode-se encontrar uma compreensão mais aprofundada do problema na dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior. Assim, a questão chave para a saúde no Brasil poderia ser a deformação do ensino – humanístico, profissional e acadêmico – do pessoal de saúde”*

Isso implicaria em alterar a toda a arquitetura universitária no Brasil, o que certamente não é uma operação fácil. Modelos inovadores de formação têm sido experimentados e, por vezes, têm enfrentado grandes resistências. Mas o SUS formulado pelos defensores da Reforma Sanitária exige a substituição do modelo tradicional de práticas em saúde por outro modelo, com ênfase na atenção primária e compromisso com o social. Nesse sentido, iniciativas como o Programa de Reestruturação do Ensino supe-

rior (REUNI)<sup>37</sup>, Pro Saúde<sup>i, 37</sup> têm provocado movimentos importantes no sentido de reformar o ensino superior, gerando desdobramentos em termos de mudanças curriculares e criação de novos cursos<sup>38, 39</sup>.

Apesar das dificuldades, vale ressaltar que a acumulação produzida a partir da expansão da cobertura facultada pelo SUS favoreceu a institucionalização das propostas, além de grande capacidade de aglutinação de atores, com maior diálogo entre os entes federados, conselhos e câmaras técnicas, organismos de cooperação, como OPAS/OMS, além de representações dos movimentos sociais em torno de tal temática. Este movimento de governança peculiar ao SUS propiciou a atualização de pautas de ensino e pesquisa, com resultados evidentes nos programas governamentais que se sucederam ao longo das últimas quatro décadas, a exemplo do Programa Mais Médicos.

Este último foi criado pela Lei nº 12.871, 22/10/2013, incluindo um eixo específico para a formação médica, no qual se explicita a necessidade de se assegurar medidas estruturantes para intervir de forma quantitativa e qualitativa na formação de médicos no país, levando em conta as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com a respectiva reorientação da formação de médicos gerais e especialistas, voltada para as necessidades do SUS, com abertura de novas vagas de graduação e residência médica.

Outro aspecto importante na garantia da qualidade da formação em saúde é a profissionalização dos quadros do setor, impulsionada por programas de especialização e de pós-graduação em geral, além do projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cadrhu), do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação no SUS (Progesus) e outros, com ofertas de vagas em todas as regiões do país.

## Sustentabilidade do SUS e desafios na área de Trabalho e Educação na saúde

No Brasil, o maior desafio para avançar na área de Trabalho e Educação na saúde está no campo político, ou seja, está diretamente ligado à governança, à suficiência financeira da gestão pública, bem como à capacidade de regulação dos processos educativos e de trabalho em saúde. A busca para a sustentabilidade no SUS em

tal área exigiria forte ação coordenada para a negociação intersetorial e interinstitucional, visando priorizar de fato as necessidades do SUS, mediante liderança integradora das autoridades sanitárias, em articulação com outros atores envolvidos.

---

i Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, que tem como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

Assim, é preciso investir no enfrentamento dos problemas de escassez, desequilíbrio de habilidades, má distribuição, barreiras interdisciplinares, más condições de trabalho, desigualdade na distribuição profissional de gênero, indisponibilidade de pessoal, além da inadequação dos perfis profissionais às reais necessidades do SUS. Para tanto, cabe especial esforço em direção à governança, atributo essencial para o planejamento da força de trabalho em saúde (FTS), com o que será possível a construção de capacidades institucionais para uma efetiva implementação de políticas, o que também inclui a construção de sistemas de informação confiáveis e úteis na tomada de decisões em tal matéria.

A Agenda 2030 da OMS projeta a criação de 40 milhões de novos empregos de saúde e assistência social no mundo, além da necessidade de 18 milhões de trabalhadores de saúde adicionais para locais em que é necessário elevar a cobertura e melhorar a qualidade da oferta de serviços.

Assim, dimensão importante do crescimento da FTS e que pode enriquecer as propostas contidas na Agenda 2030 diz respeito à necessidade de se criar dispositivos legais que evitem a redução de direitos trabalhistas nos novos modelos de contratação dos trabalhadores da saúde, com foco apenas na economicidade e flexibilidade contratual. Dentre os indicadores propostos para o desenvolvimento sustentável merecem destaque, então aqueles que contemplem a educação de qualidade, a igualdade de gênero, o trabalho decente, associados aos de crescimento econômico.

Quando se discute o compromisso com o futuro na Agenda 2030, deve ser lembrado, também, que nas bases de constituição do SUS está a Educação em Saúde, que deve ocupar um papel fundamental no referido movimento de reposicionamento da agenda da área como um todo.

## Utopias, perspectivas e caminhos a percorrer

Se por um lado se vive um momento de comemorações pelos avanços e conquistas nesses últimos trinta anos de SUS, por outro, muitas preocupações continuam presentes no cenário, o que implica em permanente necessidade de análise e reposicionamento no campo em foco. Assim, por exemplo, persistem problemas de distribuição de pessoal, acesso, equidade, entre outros, produzindo novas questões que

exigem maior sofisticação, amplitude, velocidade de resposta e profundidade, para subsidiar intervenções políticas. Permanecem ainda interrogações como: quem são os atores principais dessas mudanças? Como as contradições devem ser tratadas entre os interesses de classe, o mercado e o interesse público? Quais projetos institucionais podem afetar questões que incidem diretamente sobre a maioria dos inte-

ressados? Seria possível maior margem de ação sobre ou por parte dos níveis descentralizados?

São questões que remetem diretamente às noções de território, de regionalização, de autonomia e de capacidade de resposta dos sistemas de saúde, em sua relação com a área de trabalho e educação, com foco no crescimento e na valorização dos trabalhadores, mas também, principalmente, na apropriação do sistema pela população. Sem dúvida, o papel dos diferentes atores em relação às questões em discussão deve ser motivo de vigilância e análise permanente, como base para a gestão de políticas públicas.

As tendências apontadas nos documentos relacionados à agenda 2030 indicam, de forma expressiva, que há um descompasso entre a formação profissional, os requerimentos dos serviços de saúde, as agendas atualizadas rumo a uma sociedade sustentável, solidária e cidadã, frente aos comportamentos e estilos de vida dos jovens profissionais ingressantes nos sistemas universais de saúde na atualidade.

A revisão de literatura voltada para a formação e a prática docente revela essa mesma necessidade de renovação no ensino e na formação em saúde, seja relativamente à formação dos próprios docentes, seja em relação à pauta geral de organização da educação. Isso certamente traz impactos à construção de processos educativos consoantes às necessidades de mudanças, sejam elas relativas a métodos, ações educativas, uso de tecnologias, consideração de mudanças culturais abrangendo estudantes e professores, entre outras.

Deve ser lembrando, ainda, que as pautas da educação não se circunscrevem às questões metodológicas ou de caráter temático e curricular e, nesse sentido, vale ressaltar que é função essencial da educação na sociedade, atual ou futura, ir além das questões já aqui enunciadas, para se revestir de outros atributos, ao se projetar uma educação profissional em saúde. Assim, cabe ampliar o escopo da formação em saúde, tradicionalmente próximo das análises econômicas, para se agregar a sociologia, a antropologia, as letras, as artes, a cultura, além do próprio campo da educação, buscando a complementariedade necessária à construção de um novo referencial condizente com os desafios do presente momento.

O conjunto de questões aqui mencionadas, no sentido do alargamento da visão tradicional dos processos educativos em saúde estimula a considerar que atualmente se vive numa “sociedade aprendente”<sup>40</sup> e com esse reconhecimento é possível delinear caminhos comprometidos com as mudanças sociais, na conformação de projetos, políticas e arranjos institucionais de formação dos profissionais do SUS, no que certamente, como diz Demo “a atualização permanente fará parte da vida das pessoas, já que é impensável manter-se profissional, sem refazer o exercício profissional”, conjuntura em que “o profissional acabado desaparece e entra em cena o profissional sempre a caminho”<sup>40</sup>.

Essas reflexões encontram ressonância nas recomendações das Conferências Mundiais de Educação Superior <sup>41, 42</sup>, nas quais se destacam importantes aspectos, tais como: a educação como serviço público acessível a todos; a necessidade de manutenção da liberdade para as

universidades; o ensino contextualizado, além da importância das tecnologias da informação e comunicação, com aprendizagem aberta e a distância, o que poderá produzir novos arranjos na formulação de políticas educacionais com a absorção de práticas contemporâneas.

O caminho aqui traçado revela capacidades, potencialidades e desafios nas políticas de Trabalho e Educação em Saúde, ao longo do processo de construção do SUS, sem deixar de lado as preocupações com retrocessos e com o futuro do sistema público de saúde no Brasil.

Como pano de fundo de toda essa discussão, focalizando a possibilidade de alguns cenários negativos no horizonte, cabe resgatar o que Paim (2018)<sup>43</sup> aponta como cenários possíveis caminhos para a saúde no Brasil: a) o *SUS constitucional*, ancorado no direito à saúde, como defendido pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira; b) o *SUS reduzido* (ou “*simulacro de SUS*”), com aumento da segmentação e “americanização”, via planos de saúde, do sistema de saúde brasileiro; e c) o “*novo sistema nacional de saúde*”, rompendo com a Constituição, enfatizando o privado, e submetendo a formação e utilização da força de trabalho ao capital.

Finalizando, a gestão das políticas de recursos humanos em saúde no país deve encarar precipuamente: a) avançar nos níveis de institucionalidade e governança do campo dos recursos humanos em saúde; b) defender a manutenção de uma taxa crescente de investimento na alocação e distribuição de pessoal que reduza as lacunas e atenda ao objetivo universal de saúde; c) influenciar a construção de uma gestão pública coerente com as demandas; d)

defender a priorização da equidade no acesso aos cuidados de saúde e serviços, com pessoal qualificado; e) manter a vigilância e ação permanente pela qualidade, cordialidade e humanização nos cuidados com a saúde, f) destacar a importância de aprofundar a regionalização e a capacidade descentralizada de gestão da saúde.

Por fim, para alcançar os objetivos da Agenda 2030, caberia ainda confirmar a prioridade de investimentos que garantam a disponibilidade, acessibilidade e qualidade da força de trabalho em saúde como requisito indispensável para a consolidação do SUS.

Assim, alguns tópicos devem ser reforçados como caminhos e estratégias para as mudanças necessárias.

- A relação do ensino profissional com as tecnologias de Comunicação e Informação deve estar contemplada, seja na preparação dos que já atuam ou os que passarão a atuar no SUS, o que implica na importância de construir caminhos que apoiem iniciativas de intervenção na realidade.
- Em termos de governança é necessário promover mudanças qualitativas nos processos de formação, o que requer articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação.
- Deve ser reforçada a convivência e articulação formal também entre os organismos de formulação de políticas na saúde e as escolas e centros formadores de nível técnico e superior, além de outras instâncias, tais como Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conass; Comissão Intersetorial

de Recursos Humanos e Relações de Trabalho, do Conselho Nacional de Saúde, Conasems.

- Há que insistir e buscar estratégias de superação das iniquidades na força de trabalho, em termos de gênero, raça, etnias, mediante políticas de acesso aberto nas instituições; fomento da relação da educação com a cultura e meio ambiente; interfaces entre educação e processos de inclusão.
- É fundamental lançar mão de conhecimentos transversais na organização das políticas e práticas de educação para o setor saúde, buscando formatos e conteúdo para as novas interações que favorecem os perfis de formação necessários à atualidade.
- Informação, conectividade e aprendizagem permanente são palavras chave, indicando a necessidade de incorporação de hábitos que favoreçam a conexão com temas que atravessam a vida cotidiana das pessoas, enquanto formas de construção aplicáveis aos indivíduos e aos coletivos, a serem consideradas no planejamento de ensino dos profissionais de saúde, ainda mais dentro de um sistema de saúde universal e inclusivo como o SUS.
- A circulação de informação com grande potencial de implicação e engajamento deve se constituir como fator de produção de sentidos, preponderante na estruturação de programas de formação e processos de aprendizagem.
- Para fins de análise e tomada de decisão em relação às escolhas a serem feitas, é preciso identificar os riscos do atual contexto

político e mapear os possíveis cenários relativos à possível viabilidade da Agenda 2030.

- Respostas consequentes aos presentes desafios dependem também de uma “escuta organizada” das expectativas dos serviços e da sociedade, para se traçar estratégias de iniciativas futuras de conexão entre ensino, trabalho, serviço e sociedade.
- É desejável também a aproximação entre as instituições formuladoras de políticas de saúde e as agências de fomento à pesquisa, propiciando a revitalização da mesma, mediante uma visão de presente e futuro, mediada por diretrizes de equidade em saúde.

**Agradecimentos.** Aos participantes da Oficina de Especialistas realizada em maio/2018, especialmente aqueles que aceitaram o convite como expositores: Renato Tasca, Mario Dal Poz, Naomar de Almeida Filho, Márcia Teixeira, Maria Helena Machado e Humberto Fonseca.

Aos colaboradores que participaram da busca e sistematização dos dados da produção científica: Antonio Ribas, Ana Paula Cavalcante, Maria Alice Fortunato, Vinícius Oliveira, David Rios, Silvania Sales, Ednir Assis e Marciana Feliciano

A equipe de relatoria e apoio da Oficina de Especialistas: Thadeu Santos, Catharina Soares, Ednir Assis, Liliana Santos, Laise Andrade, Silvania Sales, Vinício Oliveira, Antonio Ribas e Mônica Duraes.

Felix Rigoli e Fernando Menezes foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

## Referências

1. Nunes, TCMN. Democracia no Ensino e nas Instituições: A Face Pedagógica do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
2. Rodriguez-Neto E. Alternativas transformadoras na educação Latino-americana. Ver. Bras. Educ. Med. 1987; 11(2): 1-72.
3. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador-Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz; 2008.
4. Belisário SA. Associativismo em Saúde Coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco. Campinas. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 2002.
5. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. São Paulo: Pioneira; 1975.
6. Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
7. Arouca, AS. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [1975]. São Paulo-Rio de Janeiro: UNRSP, Fiocruz; 2003.
8. Mendes Gonçalves RB. Medicina e história. Raízes sociais do trabalho médico. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Medicina Preventiva] Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.
9. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Portaria nº 3.019, de 27 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União 25 Nov 2007.
10. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
11. Brasil. Lei nº 8080, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial União 24 set 1990 a.
12. Brasil. Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial União 31 dez 1990 b.
13. Pinto, ICM. Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia. Salvador. Tese [Doutorado] – Universidade Federal da Bahia; 2004.
14. Brasil. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
15. Rigoli F. Os Observatórios de Recursos Humanos na América Latina. In: Brasil, Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
16. Esperidião, M. Controle Social do SUS: Conselhos e Conferências de Saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
17. Pinto ICM, Nunes TCM, Belisário AS, Campos FE. De Recursos Humanos a Trabalho e Educação na Saúde: o estado da arte no campo da Saúde Coletiva. In: Paim J, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014 b. 611-623.
18. Pinto ICM, Esperidião MA, Silva IV, Soares CM, Fagundes TLQ, Viana S, et al. Trabalho e educação em saúde no Brasil: *tendências da produção científica* entre 1990-2010. Rev. Ciencia e Saúde Coletiva 2013; 18(6): 1525-1534.
19. Silva VC, Soares CM, Santos L, Souza EA, Pinto CM. Trabalho e educação na saúde: análise da produção científica brasileira entre 2011 e 2014. Saúde em Debate 2017; 41: 296-315.
20. Girardi SN. Dilemas da Regulamentação Profissional em Saúde: Questões para um governo democrático e inclusionista. Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo 2002; 15: 67-85.
21. Machado MH, Oliveira ES, Moysés NMN. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França T (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC UERJ; 2011.
22. Poz MRD, Pierantoni CR, Girardi S. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde. In: FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.

23. Nogueira POR. desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Cunha A, Aquino L, Medeiros B. (Orgs.). Estado, instituições e democracia: república. Brasília: Ipea; 2010.
24. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa JO, Van Stralen ACS, Lauar TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Ciênc. saúde coletiva* 2016 Set; 21(9): 2739-2748.
25. Santos LMP, Costa AM, Girardi, SN Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2015 Nov; 20 (11): 3547-3552.
26. Girardi SN, Van Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas J, Carvalho CL, Faria EO. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016 Set; 21(9): 2675-2684.
27. Alencar APA, Xavier SPL, Laurentino PAS, Lira PF, Nascimento VB, Carneiro N, et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Revista de Educ, Gest e Soc* 2016; (10): 1290-1301.
28. Ribas AN. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas. Brasília. Dissertação [Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional] – Universidade de Brasília; 2016.
29. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal da saúde. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/>
30. Collar JM, Beccon JAN, Ferla AA. Formulação e impacto do programa mais médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Rev.Saúde em Redes* 2015; 1(2): 43-56.
31. Scheffer M, Cassenote A, Dal Poz MR, Matijasevitch A, Oliveira RA, Nunes MPT, et al. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina; 2015.
32. Teixeira M. Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. Tese [Doutorado] – Programa de Pós Graduação ENSP Fiocruz; 2015.
33. Pinto ICM, Teixeira C, Solla J, Reis A. Organizações do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim J, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014 a. 231-244.
34. World Health Organization. Health Work Force 2030: towards a global strategy on human resources for health world Health Organization. Geneva: WHO; 2015.
35. Almeida Filho, N. Ensino Superior e os serviços de saúde no Brasil. *The Lancet Saúde no Bras* 2011 mai; 6-7.
36. Brasil. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais REUNI. *Diário Oficial da União* 25 abr 2007.
37. Teixeira CF, Coelho MTD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva* 2013 Jun; 18(6): 1635-1646.
38. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 2013; 7(3)
39. Demo, P. Aprendizagem Permanente. In: *A Educação do Futuro e o Futuro da Educação*. 2. ed. Campinas: Autores Associados; 2005. 36-37.
40. UNESCO. Higher Education in The Twenty-first Century Vision And Action. Word Conference on Higher Education. Paris, 5-9 de outubro de 1998.
41. UNESCO. The New Dynamics of Higher Education and Research for Societal Change and Development. Conference on Higher Education. Paris. 5-8 de julho de 2009.
42. Paim, JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1723-1728.