



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ANA LUISA ALMEIDA MELO**

**FORÇA DE TRABALHO MÉDICA E A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À  
SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2016**

ANA LUISA ALMEIDA MELO

**FORÇA DE TRABALHO MÉDICA E A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À  
SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

M485f Melo, Ana Luisa Almeida.  
Força de trabalho médica e a regionalização da atenção à saúde no estado do Ceará / Ana Luisa Almeida  
Melo. – 2016.  
187 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

Coorientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

1. Força de trabalho, . 2. Regionalização,. 3. Formação,. 4. Acesso aos serviços de saúde. I. Título.

CDD 610

---



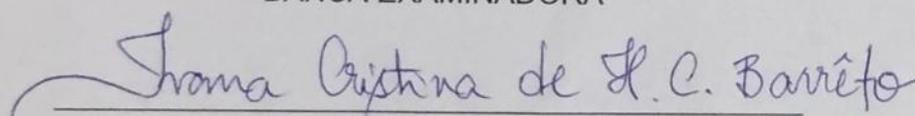
ANA LUISA ALMEIDA MELO

FORÇA DE TRABALHO MÉDICA E A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À  
SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

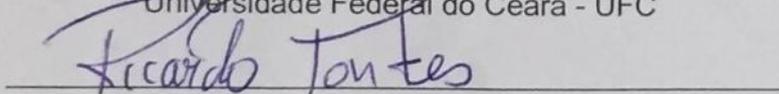
Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública do  
Departamento de Saúde  
Comunitária da Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal  
do Ceará, como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre  
em Saúde Pública. Área de  
concentração: Ciências Sociais,  
Humanas e Políticas Públicas em  
Saúde.

Aprovada em: 03 / 08 / 2016

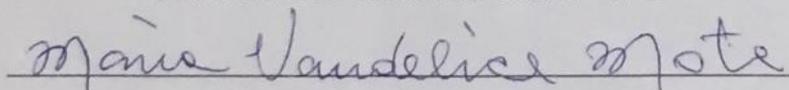
BANCA EXAMINADORA



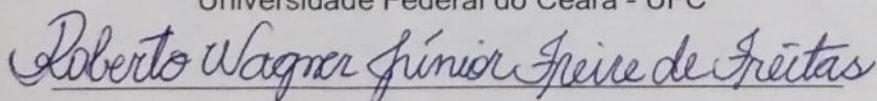
Prof. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha e(Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC



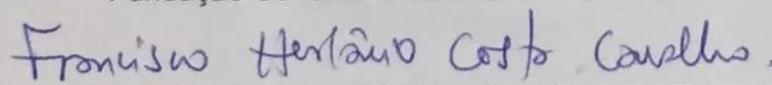
Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Co-Orientador)  
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof. Dra. Maria Vaudelice Mota  
Universidade Federal do Ceará - UFC



Prof. Dr. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas  
Fundação Oswaldo Cruz Ceará-FIOCRUZ



Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho (Suplente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

*À minha Família, aos meus mestres e aos meus amigos.*

## AGRADECIMENTOS

Ao bom Deus, pelo dom da vida e pela fortaleza que me estimula a seguir em frente.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelos ensinamentos e pela dedicação que sempre disponibilizaram a minha formação humana e profissional.

Aos meus irmãos Ney, Tarciana, Márcio e Karlene, pelo companheirismo e amor compartilhados.

Aos meus lindos e amados sobrinhos, pela alegria que motiva os meus sorrisos.

À família que me acolheu, Dona Francisca, Zilca, Gena e Asael, por todo apoio que me deram.

À professora Ivana Barreto, minha orientadora, pelos ensinamentos, pela acolhida e oportunidade de desenvolvimento acadêmico e profissional, pela orientação dedicada, pelos estímulos na construção do estudo e pela confiança a mim depositada. Muito obrigada, professora!

Ao professor Ricardo Pontes, meu co-orientador, pelos ensinamentos, pelas contribuições, pela oportunidade de desenvolvimento acadêmico e profissional, pela acolhida e co-orientação dedicada, pelos conselhos, pela amizade e pelos cuidados solidários nesta trajetória. Muito obrigada, professor!

Aos entrevistados desta pesquisa, que atenderam ao convite e colaboraram grandiosamente com informações e vivências importantes para este estudo.

À minha banca de qualificação e defesa, pela aceitação do convite e pelas ricas contribuições que irão aperfeiçoar este estudo.

A Zenaide e a Dominik, por todo apoio e presteza em sempre ajudar.

À dona Valda e ao Gleison, pelo acolhimento, carinho e distrações nas idas ao Departamento de Saúde Comunitária.

Aos meus amigos que o mestrado me presenteou: Marcos, Suzy, Andrezza, Thay, Herley, Edgar, Camila, Max, Lívia e toda a turma com quem compartilhei em “banquetes” aprendizados e amorosidade. Obrigada pela acolhida e convivência.

Aos meus amigos do Grupo de Pesquisa em Regionalização em Saúde, queridos: Fábio, Neusinha, Suzy, Caio, Ângelo, pela amizade, pelos momentos construtivos e inspiradores para as minhas discussões. E não posso deixar de falar dos nossos *Happy Hours* mais que agradáveis e descontraídos.

Ao grupo de pesquisa Regiões e Redes no Brasil, em nome da professora Ana Luiza D'Ávila Viana, pelas contribuições importantes na temática escolhida.

Ao Projeto Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, do Trabalho e da Educação em Saúde, financiado pelo Projeto Pro-Ensino na Saúde, CAPES/Ministério da Saúde, pelo apoio concedido à sustentabilidade financeira desse estudo.

À Gabriele, pela realização das transcrições de forma profissional e ágil.

Ao Thadeu pela organização e tratamento do banco de dados do SCNES, por sua dedicação, competência e paciência.

À Dulce pelo apoio e carinho a mim dispensados.

Às minhas queridas amigas e companheiras de trabalho Vevé e Rúbia, pelo apoio, parceria e amizade que construímos e fortalecemos a cada dia.

Às minhas amigas do grupo de estudos em Ensino na Saúde, Luisa, Gisele e Nara, pela troca de saberes, pela amizade e pelos prazerosos encontros.

Às minhas amigas e companheiras de vida: Sara, Deborah, Ana, Raquel, Paula, Cássia, Nathalia, Saminha, Narinha, Erika, Kássia e Ana Paula, pelo ombro amigo (que sempre me proporcionaram nos momentos difíceis), pelos conselhos, pelos estímulos (vai dar certo!), pelas risadas e conversas intermináveis, pela escuta (que eu falo demais!) e que assim fizeram dessa passagem mais leve.

## RESUMO

Os desequilíbrios entre a disponibilidade e a oferta de profissionais médicos têm afetado o acesso à saúde, tornando importante compreender os fatores que determinam a distribuição destes profissionais nos serviços de saúde. O estado do Ceará, nos últimos cinco anos, ampliou as Redes de Atenção à Saúde - RAS, a fim de fortalecer a regionalização da saúde. Para tanto, faz-se necessário o monitoramento da oferta e distribuição da força de trabalho médica. Objetivou-se estudar a força de trabalho médica e suas relações com a regionalização do Ceará. Trata-se de um estudo do tipo estudo de caso, com abordagem mista (qualitativa e quantitativa). A coleta dos dados foi realizada no período de agosto de 2015 a maio de 2016, contemplando, como campo de investigação, o Sistema Estadual de Saúde Estado do Ceará. Quanto às fontes qualitativas, foram realizadas entrevistas abertas com 13 informantes-chaves distribuídos entre gestores da saúde, da educação e de entidades médicas, além de professores médicos. Para o componente quantitativo, foram utilizadas as bases de dados secundárias do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde-SCNES/MS; do Conselho Federal de Medicina; do Conselho Regional de Medicina do Ceará e do Sistema Unificado de Residências Médicas do Ceará. Teve como dimensões analíticas: disponibilidade e fixação de médicos no Ceará, formação médica no estado do Ceará, implementação das RAS no Ceará e a Regulação do acesso à saúde. Com relação ao aspecto ético, este estudo atendeu à resolução nº 466, e possui número de parecer 137.055, aprovado pelo Comitê de Ética da UFC. Os resultados apontam que o Ceará, segundo as narrativas estudadas, apresenta uma maior concentração e fixação da força de trabalho médica na capital, Fortaleza, seguida pelos municípios sede das macrorregiões Cariri e Sobral, e municípios da região metropolitana, que são importantes polos econômicos regionais do estado. Compreendemos que a disponibilidade de médicos nos serviços de saúde é marcada pela rotatividade profissional determinada por fatores como: baixa frequência de concursos públicos e de carreiras no SUS, a baixa remuneração, comportamentos não republicanos, guiados por interesses da política partidária local, a disputa entre atuação público-privada. Fatores estes que têm interferido na fixação de médicos nos serviços de saúde e que têm acentuado a mobilidade médica no estado. Em relação à formação médica, observamos um aumento da oferta de cursos de graduação no estado e, para a residência médica, ainda não contamos com o número necessário de vagas nos programas de residência. Observamos que a regulação da formação vem sendo orientada pelo mercado seguindo a interesses particulares. Quanto à implementação das RAS no estado, estas mostram-se fragilizadas, com fragmentação na gestão e na atenção à saúde. A regulação do acesso é um dos pontos críticos do sistema de saúde do Ceará. Assim, concluímos ser importante a garantia do profissional médico na oferta de ações e serviços de saúde, bem como o fortalecimento da integração das RAS no estado. Isso requer do estado o desenvolvimento permanente de políticas eficazes que assegurem o provimento, a formação e a fixação desses profissionais, segundo as necessidades de saúde da população.

**Palavras-chave:** Workforce, Training, Regionalização, Acesso aos serviços de saúde

## ABSTRACT

Imbalances between availability and supply of medical professionals have affected access to health, making it important to understand the factors that determine the distribution of these professionals in the health services. The state of Ceará, in the last five years has expanded the Health Care Networks - RAS in order to strengthen the regionalization of health. Therefore, it is necessary to monitor the supply and distribution of medical workforce. The objective was to study the medical workforce and its relations with the regionalization of Ceará. It is a study of the type case study, with mixed approach (qualitative and quantitative). Data collection was conducted from August 2015 to May 2016, beholding as research field, the State Health System State of Ceara. As for the qualitative sources, interviews were held open with 13 key informants spread among health managers, educational and medical institutions, as well as medical teachers. For the quantitative component, we used the secondary databases of the National Registry System Health Facilities of the Ministry of Health-SCNES / MS; the Federal Council of Medicine; the Regional Council of Medicine of Ceará and the Unified Medical Residences of Ceará System. Had the analytical dimensions: availability and retention of physicians in Ceará, medical education in the state of Ceará, implementation of RAS in Ceará and the regulation of access to health. Regarding the ethical aspect, this study met the Resolution No. 466, and has a number of opinion 137,055 approved by UFC's Ethics Committee. The results indicate that Ceará, according to the narratives studied, presents a greater concentration and fixation of the medical workforce in the capital, Fortaleza, followed by municipalities headquarters of macro-regions Cariri and Sobral, and municipalities in the metropolitan region, which are important regional economic centers of State. We understand that the availability of doctors in health services is marked by certain professional turnover by factors such as low frequency of open and careers in the NHS, low pay, behavior not Republicans, guided by interests of the local party politics, the dispute between public-private action. These factors have affected the fixing of doctors in health services and that have accentuated the medical mobility in the state. Regarding medical training, an increase in the supply of undergraduate courses in the state and for medical residency, yet we do not have the required number of vacancies in residency programs. We note that the regulation of training has been guided by the market following the particular interests. Regarding the implementation of RAS in the state, these prove to be fragile, with fragmentation in management and health care. The regulation of access is one of the critical points of Ceará health system. Thus, we conclude that important to the medical professional assurance in the provision of health actions and services, as well as the strengthening of the RAS integration in the state. This requires the state permanent development of effective policies to ensure the provision, training and fixing these professionals, according to the health needs of the population.

**Keywords:** Medical workforce, Medical training, Regionalization, Health access

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	30
<b>Figura 2.</b> Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, 2014.....	68
<b>Figura 3.</b> Mapa das Regiões de Saúde e municípios do estado do Ceará, 2014.....	69

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2014 .....	47
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição de médicos segundo capital e interior, no estado do Ceará, 2016 .....	79
<b>Tabela 2.</b> Distribuição de Médicos especialistas Brasil e Ceará, segundo dados do estudo da Demografia de Médica no Brasil, 2015.....	82
<b>Tabela 3.</b> Disponibilidade de médicos segundo o CNES no estado do Ceará, 2015.....	86
<b>Tabela 4.</b> Disponibilidade do número de médicos por Região de Saúde do Ceará, dez/2015.....	87
<b>Tabela 5.</b> Número vínculos médicos SUS e não SUS no Ceará, (dez/2015) .....	88
<b>Tabela 6.</b> Distribuição de vínculos médicos em estabelecimentos públicos no Ceará por tipo de vínculo, Dezembro de 2015 .....	90
<b>Tabela 7.</b> Distribuição de vínculos médicos empregatícios em estabelecimentos públicos na capital e no interior do Ceará, por tipo de vínculo empregatício .....	90
<b>Tabela 8.</b> Disponibilidade de postos de trabalho de médicos no Ceará, na capital e no interior, antes e após PROEXMAES.....	92

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Participantes do PMMB por categoria de participação, 2015.....	45
<b>Quadro 2.</b> Contexto Histórico-Constitucional da Regionalização da saúde no Ceará, 2014 .....	52
<b>Quadro 3.</b> Macrorregiões de Saúde – Estado do Ceará, 2014.....	67
<b>Quadro 4.A.</b> Razão médicos/1000 hab superior à do estado do Ceará.....	81
<b>Quadro 4.B.</b> Razão médicos/1000 hab inferior à do estado do Ceará.....	81
<b>Quadro 5.</b> Distribuição dos cursos de medicina no estado do Ceará.....	122

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
CEBES	CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CETRED	CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO
CFM	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CGR	COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL
CGTES	COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CIB	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CIR	COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAIS
CIT	COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CNRM	COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS
CNS	CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE
COAP	CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA
CREMEC	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO CEARÁ
CREMESP	CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO
CRES	COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
DEGERTS	DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
DEGES	DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DEPREPS	DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO DA PROVISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ESP/CE	ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ
MTE	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
NOAS	NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
PCCS	PLANO DE CARGO E CARREIRA NA SAÚDE
PDR	PLANO DIRETOR REGIONAL
PET-SAUDE	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE
PIASS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PITS	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE
PPSUS	PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS
PROEXMAES	PROGRAMA DE EXPANSÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

PROFAPS	PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO PARA A SAÚDE
PRO-SAÚDE	PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO
PROVAB	PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA
RAIS	RELAÇÃO ANUAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS
RAS	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
RENAME	RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS
RENASES	RELAÇÃO NACIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE
RHS	RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SCNES	SISTEMA DE CADASTRAMENTO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SESA	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SGTES	SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
SRU	SUPERINTENDÊNCIA DE APOIO À GESTÃO DA REDE DE UNIDADES
SURCE	SELEÇÃO UNIFICADA DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS DO CEARÁ
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## SUMÁRIO

<b>1. REFERENCIAIS TEÓRICOS</b> .....	17
<b>1.1. Sistemas de Saúde</b> .....	17
1.1.1. <i>Descentralização e regionalização da saúde no Brasil</i> .....	20
1.1.2. <i>Modelo de atenção à saúde em rede de serviços do SUS</i> .....	26
1.1.3. <i>Redes de Atenção à Saúde – RAS</i> .....	27
<b>1.2. Políticas de recursos humanos em saúde no Brasil</b> .....	31
1.2.1. <i>Estratégias de provimento de médicos em áreas de escassez: uma realidade mundial</i> .....	34
1.2.2. <i>O Brasil enfrentando a problemática</i> .....	36
1.2.3. <i>Panorama da força de trabalho médica no Brasil</i> .....	46
<b>1.3. O SUS no estado do Ceará: contexto histórico e desafios na perspectiva da universalização do acesso e integralidade da atenção</b> .....	49
1.3.1. <i>Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES)</i> .....	55
1.3.2. <i>Desenho da Rede Regionalizada de Saúde do Ceará</i> .....	56
1.3.3. <i>Políticas de recursos humanos para a saúde no Ceará</i> .....	57
<b>1.4. Justificativa e implicação com o tema</b> .....	60
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	64
<b>2.1. Objetivo Geral</b> .....	64
<b>2.2. Objetivos Específicos</b> .....	64
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	65
<b>3.1. Tipos de estudo</b> .....	65
<b>3.2. Cenário do estudo</b> .....	66
<b>3.3. Período do estudo</b> .....	70
<b>3.4. Procedimentos técnicos para a construção das informações</b> .....	70
3.4.1. <i>Componente qualitativo: entrevistas abertas e informantes-chaves</i> .....	70
3.4.1.1. <i>Organização e análise das informações qualitativas</i> .....	71
3.4.1.2. <i>Dimensões e temas do componente qualitativo</i> .....	72
3.4.2. <i>Componente quantitativo: bancos de dados</i> .....	74
3.4.2.1. <i>Organização e apresentação das informações quantitativas</i> .....	77

<b>3.5. Considerações Éticas</b> .....	77
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	79
<b>4.1. Força de trabalho médica do estado do Ceará</b> .....	79
4.1.1. <i>Perfil geral da disponibilidade de médicos no Ceará</i> .....	79
4.1.2. <i>Perfil geral da disponibilidade de médicos especialistas no Ceará</i> .....	82
4.1.3. <i>Disponibilidade de médicos em relação ao vínculo com o CNES</i> .....	85
4.1.4. <i>Análise preliminar da implementação do PROEXMAES</i> .....	91
<b>4.2. Disponibilidade e fixação de profissionais médicos no estado do Ceará, segundo a percepção dos informantes-chaves do estudo</b> .....	93
4.2.1. <i>Mobilidade de profissionais médicos e acesso à saúde</i> .....	101
4.2.2. <i>Disponibilidade de médicos especialistas do estado do Ceará</i> .....	104
<b>4.3. A formação em saúde no estado do Ceará</b> .....	117
4.3.1. <i>A formação médica no estado do Ceará</i> .....	118
4.3.2. <i>Expansão e interiorização da Residência Médica no Ceará</i> .....	126
4.3.3. <i>Desafios da interiorização e expansão da Residência Médica no Ceará</i> .....	130
4.3.4. <i>Regulação da formação médica especializada</i> .....	135
4.3.4.1. <i>O mercado e sua implicação na regulação da formação médica-especializada</i> .....	139
<b>4.4. Implementação da Rede de Atenção à Saúde do estado do Ceará e a força de trabalho médica</b> .....	143
<b>4.5. Regulação do acesso à saúde na RAS</b> .....	150
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	161
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	164
<b>APÊNDICE A</b> .....	183
<b>APÊNDICE B</b> .....	185
<b>APÊNDICE C</b> .....	186

## 1. REFERENCIAIS TEÓRICOS

### Sistemas de Saúde

*“Nós somos como mourões de cerca,  
só nos sustentamos em pé  
porque estamos ligados uns aos outros”.*

**Cândido Portinari**

No contexto internacional, os anos 1970 e 1980 foram palco de diversos movimentos com o intuito de promover a oferta de modelos de atenção à saúde que atendessem às mudanças no panorama epidemiológico e demográfico das populações (PONTES *et al.*, 2009). A Carta de Alma-Ata de 1978 e a Carta de Ottawa de 1986 simbolizaram a convergência desses movimentos. Os dois documentos afirmavam a concepção de saúde como direito de todos e defendiam que as ações de promoção da saúde direcionadas a atenção primária deveriam ser a porta de entrada ao sistema de saúde (BRASIL, 2001a).

Nesse contexto, vários países promoveram reformas em seus sistemas de saúde, comprometendo-se a desenvolver políticas de saúde com características gerais e em relação com a concepção de proteção social. Em alguns, vingou o modelo de seguridade social com sistemas universais de saúde, os chamados Sistemas Nacionais de Saúde, como aconteceu na Inglaterra, na Espanha, em Cuba, no Brasil e em outros países da Europa e da América Latina que têm seus sistemas inspirados na justiça social e financiados com recursos públicos advindos dos impostos gerais (VIANA & BAPTISTA, 2012). Estes sistemas de saúde são apontados como os mais eficientes, os mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde (OMS, 2010).

Entre os países adeptos do modelo de seguro social – “modelo em que benefícios e serviços podem ser diferenciados entre os indivíduos dependendo da sua importância na economia, e os que não fazem parte do mercado formal de trabalho são excluídos” (LOBATO & GIOVANELLA, 2012, p. 92) –, e de assistência social enquadram-se os Estados Unidos. Aí, o Estado não assume para si a responsabilidade de

garantia da proteção social universal à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres, devendo cada indivíduo comprar serviços no mercado de acordo com sua capacidade de pagamento, o que gera relevantes iniquidades (LOBATO & GIOVANELLA, 2012). Estes dois últimos modelos, por darem ênfase às ações curativas individuais em detrimento das ações coletivas, tornam o sistema mais oneroso e menos eficiente.

No caso do Brasil, esse processo de reforma na saúde teve seu marco em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde. Este evento fomentou o processo de Reforma Sanitária Brasileira que, substanciado pelas discussões político-ideológicas nacionais e internacionais de movimentos como a Opas, a Fundação Kellogg, a Fundação Ford, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Abrasco e movimentos populares em saúde, culminou com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS passa a ser regido na Constituição Federal de 1988 nos artigos 196 a 200 e é regulamentado na Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, que estabeleceram um novo modelo de saúde para o país, modelo mais centrado nas necessidades locais da população e com diretrizes que englobam não somente a assistência, mas também a gestão, a educação e a participação popular. É neste contexto que se dá a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, embasado nos princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade, da descentralização e da participação social e visando garantir saúde para todos como dever do Estado e direito da população (GIOVANELLA *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2009b; VIANA & BAPTISTA, 2012).

Neste sentido, o sistema de saúde brasileiro passou por muitas mudanças até chegar à concepção adotada de um sistema universal, descentralizado e comprometido com as necessidades da população. Da Constituição de 1988, destacam-se neste estudo os artigos 196, 198 e 200. No artigo 196, a saúde é definida como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos; deve-se prezar o acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No artigo 198, define-se que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade.

No parágrafo único do artigo 198, institui-se que o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. Já no artigo 200, define-se que ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988).

No início da década de 1990 se dá a implementação do SUS com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990), que estabelece princípios e diretrizes norteadoras do funcionamento do SUS. Entre eles, destacam-se:

I. Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência. Trata-se de um direito de todo cidadão, prezando-se pela igualdade a todas as ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde. Sendo o Estado responsável por garantir um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população, garantindo elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados. Estes organizados e geridos por diversos municípios e estados brasileiros.

II. Integralidade da assistência. Ao Estado cabe garantir aos indivíduos e à coletividade condições de atendimento adequadas de acordo com as necessidades de saúde, com a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação; de forma a oferecer ações de serviços contínuos e resolutivos nos diversos níveis de atenção à saúde e suas complexidades. Isso, por meio da articulação de políticas de saúde com outras políticas públicas, no sentido de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas com vista às ações que repercutam na saúde e na qualidade de vida.

III. Participação da comunidade. Garantia de participação da comunidade na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implementação de políticas de

saúde nas diferentes esferas de governo, assegurando o espaço que permita essa participação e promovendo transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.

IV. Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde. Trata-se de promover a descentralização político-administrativa dos serviços de saúde em direção aos municípios, redefinindo as responsabilidades entre os entes interfederativos (municipal, estadual e federal). Deve-se prever a regionalização e hierarquização das redes de serviços de saúde, garantindo aos indivíduos ações e serviços nos diversos níveis de complexidades, a partir dos municípios e redes de atenção a saúde, num desenho regionalizado e hierarquizado afim de assegurar a integralidade do cuidado (BRASIL, 1988; NORONHA *et al.*, 2012).

#### *Descentralização e regionalização da saúde no Brasil*

Tendo como um dos princípios a descentralização e a regionalização da saúde, o Brasil avança na implementação do SUS como um Sistema Universal em Saúde. A universalização da saúde no contexto brasileiro é muito dependente desses princípios e diretrizes organizacionais, envolvendo: a distribuição espacial dos equipamentos e serviços; a construção de redes assistenciais, reunindo profissionais, tecnologias, informações, fluxos, normas, recursos financeiros, programas e políticas de saúde; o perfil epidemiológico e as necessidades de acesso e saúde da população em cada lugar; e as diferentes escalas, responsabilidades e formas de ação do Estado no planejamento, no financiamento e na gestão do sistema de saúde. Todos esses são fatores primordiais para que o sistema responda à proteção social à saúde da população brasileira (ALBUQUERQUE, 2013).

Neste contexto, para a implantação do SUS, foi privilegiado inicialmente o princípio organizativo da descentralização, que permitiu as transferências do poder decisório da gestão de prestadores de serviços públicos e privados e de recursos financeiros, antes concentrados nas esferas federal e estadual, para os estados e, principalmente, para os municípios (ALBUQUERQUE, 2013; VIANA & LIMA, 2011; ALMEIDA, 2007). Esse processo político-administrativo fez com que os municípios

passassem a ter maior responsabilidade na gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados (NORONHA *et al.*, 2012).

Com o avanço do processo, vários problemas foram evidenciados. Em geral, problemas relacionados à grande dimensão territorial do Brasil, associada às diversidades socioeconômicas e culturais em âmbito estadual, regional e municipal (SOUZA, 2008). Diante disso, percebeu-se que o processo de descentralização da saúde não conseguia assegurar a integralidade do cuidado, pois a maioria dos municípios não possuía capacidade instalada assistencial e profissional que garantisse a resolução de todas as demandas de saúde da população residente. Tornou-se indispensável a integração de ações e serviços de saúde em redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, constituídas a partir de relações solidárias entre os três entes federados. A regionalização da saúde seria então viabilizada (ALBUQUERQUE, 2013).

Diante dessa configuração, na década de 2000 foram publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), um conjunto “que enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde” (VIANA & LIMA, 2011, p. 47). Foi neste momento histórico que se impôs a necessidade da regionalização, uma estrutura de articulação e ordenamento das diferentes dimensões complementares da assistência à saúde. Para Viana e Lima,

[...] compreende-se como regionalização um processo político que envolve mudanças estruturais na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governo, organizações públicas e privadas, e cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (VIANA & LIMA, 2011, p. 12).

Em nível internacional, a regionalização da saúde veio a ser proposta na Inglaterra, em 1920, no Relatório Dawson, um documento que inspirou a adoção do conceito de rede regionalizada de serviços na implantação de sistemas universais de saúde. Como porta de entrada do sistema de saúde, este documento propõe o centro de saúde primário, localizado nas vilas, que, por sua vez, estaria ligado a centros de saúde secundários especializados, por sua vez, situados segundo a distribuição da população,

os meios de transporte e os fluxos estabelecidos. Estes centros de saúde secundários variavam em porte e complexidade e, quando da não resolutividade nesses níveis de atenção, seriam referenciados aos hospitais, seguindo um único comando e operando de forma coordenada por meio de mecanismos de referência entre os níveis e o território, sendo alimentados por sistemas de informação e transporte (KUSCHNIR & CHORNY, 2010).

Com as NOAS e, posteriormente, em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde (instrumento de pactuação que, dentre seus objetivos, propõe fortalecer os acordos intergovernamentais nos processos de organização político-territorial do SUS), a regionalização foi fortalecida e considerada uma macroestratégia para aprimorar a descentralização do SUS (BRASIL, 2006a, 2006b).

Esse instrumento sugeriu o fortalecimento da cogestão por meio da implantação de instâncias colegiadas em regiões de saúde definidas nos Planos Diretores de Regionalização: os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Seus principais objetivos eram: garantir acesso, resolutividade e qualificar ações e serviços de saúde cujas complexidades e cujo contingente populacional transcendessem à escala local/municipal; a integralidade na atenção à saúde; a descentralização do sistema, fortalecendo o papel dos estados e dos municípios; a racionalização dos gastos e a otimização da aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e nos serviços de saúde em abrangência regional (PONTES et al, 2012; LIMA et al, 2012).

Outro marco normativo no contexto da regionalização foi a portaria nº 4.279, de 2010, que definiu as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das redes de atenção à saúde, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para a configuração das redes. Além disso, estabelece outros elementos constitutivos para o funcionamento das redes (BRASIL, 2010a, PONTES *et al.*, 2012).

Ademais, no ano de 2011, a presidência da República sancionou o decreto nº 7.508 regulamentando a Lei nº 8.080/ 90, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outras providências. Este texto acrescenta diretrizes que dão novo

destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação como: o mapa da saúde (que inclui a oferta pública e privada nas regiões), os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), os planos de saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e as Comissões Intergestores (instâncias de governança regional das redes, incluindo as Comissões Intergestores Regionais em substituição aos Colegiados de Gestão Regional). O objetivo, explicitado neste documento, é proporcionar maior transparência na gestão do SUS, e estabelecer controle social e segurança jurídica nas relações entre os entes federados (BRASIL, 2011a).

É neste cenário, a partir da virada dos anos 2000, que a regionalização ganha enfoque na política nacional de saúde. Novas diretrizes são formuladas tendo em vista a integração das ações e serviços no espaço regional, e a divisão de funções e responsabilidades entre os entes na condução do sistema de saúde (PONTES *et al.*, 2012). Contexto base que demonstra que o decreto nº 7508 de 2011 foi um importante constructo das demais formulações normativas, propondo o desenho do novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Neste novo modelo, as regiões de saúde, objeto principal do processo de regionalização, constituem-se como base territorial para o planejamento das redes de atenção à saúde que, por sua vez, possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde. São também espaços geográficos que agregam diferentes agentes (governos, organizações e cidadãos) e suas ações na condução do sistema de saúde (PONTES *et al.*, 2012).

O decreto nº 7.508/11 condiciona o desenho das regiões ao cumprimento do rol mínimo de ações e serviços que uma região de saúde deve oferecer: garantir a integralidade do atendimento à saúde. Sendo eles: 1) atenção primária; 2) urgência e emergência; 3) atenção psicossocial; 3) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e 4) vigilância à saúde. Prevê-se igualmente a solidariedade entre as regiões, com o objetivo de garantir a oferta e a cobertura das ações e serviços previstos na RENASES e na RENAME (BRASIL, 2011a).

Nesta direção, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser compreendidas no âmbito de uma região de saúde, ou podem ser constituídas no âmbito de várias delas.

A configuração de uma RAS deve ocorrer em consonância com as diretrizes pactuadas nas comissões intergestores, que propiciam o debate e a negociação de acordos e parcerias entre as esferas de governo, sendo elas: a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, e a Comissão Intergestores Regionais – CIR. Além dessas instâncias, os antigos Colegiados de Gestão Regional (CGR), atualizados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), também detêm grande importância nesse âmbito. Na sua construção, uma RAS deve levar em consideração as diferentes escalas, com atenção sobre a complexidade e a especialidade dos serviços e a necessidade de estabelecimento de fluxos assistenciais entre as regiões de saúde, operando de forma ordenada e articulada no território para atender as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011a; VIANA & LIMA, 2011).

A própria noção de rede regionalizada de atenção à saúde pressupõe a região como atributo fundamental para sua organização e funcionamento. Esta, por sua vez, se constitui de um conjunto de unidades (ou pontos de atenção) com diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, operando de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades de saúde da população (MENDES, 2011; PONTES *et al.*, 2012).

Outra mudança trazida pelo decreto em pauta refere-se ao fortalecimento da gestão interfederativa, com a introdução de novos instrumentos de planejamento integrado do SUS, particularmente o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – COAP. Este instrumento baseia-se na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados a partir do planejamento integrado das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde, devendo ser assinado pelos gestores das três esferas de governo. No COAP, deverão estar discriminadas as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentárias e avaliativas de cada ente para o cumprimento dos objetivos e metas definidos regionalmente, expressando então o funcionamento e o papel de cada uma das regiões de saúde para a universalização e a integralidade do sistema (BRASIL, 2011a; PONTES *et al.*, 2012).

Em síntese, a regionalização da saúde no Brasil configura-se como um processo técnico-político que envolve o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, coordenação, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (OPAS, 2008; MENDES, 2010; KUSCHNIR &

CHORNY, 2010), mas também a distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais nos espaços geográficos (FLEURY & OUVENEY, 2007; VIANA & LIMA, 2011). Esse processo requer a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade sócio-espacial na formulação e implementação de políticas de saúde (VIANA *et al.*, 2007; 2008), a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e redução das desigualdades regionais (GADELHA *et al.*, 2009).

Assim, Silva reconhece a importância de fortalecer a regionalização da saúde, haja vista a necessidade de uma maior complexidade na assistência e de exercê-la de maneira integral. O mesmo autor enfatiza que os municípios não dão conta de administrar a saúde em função de vários fatores, dentre eles: a falta de estrutura, a deficiência financeira, a deficiência de recursos humanos e de capacidade técnica. Dessa forma, “A solução para isso está na gestão regional, com governança bastante competente que una os municípios em regiões. Aí se tem toda a condição de garantir um sistema de saúde como o que está posto na Constituição Brasileira” (SILVA *et al.*, 2015b).

Diante do contexto de iniquidades em saúde e em resposta à exigência de integralidade do cuidado, na atual fase de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), consideram-se, entre os desafios mais urgentes, a ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados por meio da regionalização e da consolidação de redes de atenção à saúde (VIANA, 2013).

Observa-se que estudos multicêntricos envolvendo diversos aspectos da regionalização no Brasil vêm sendo desenvolvidos no intuito de identificar as condições que estejam favorecendo ou dificultando esse processo e de compreender como se dá a conformação das redes de atenção à saúde, seus componentes constitutivos e suas respostas à atenção à saúde (VIANA, 2013; PONTES, 2012). Isso permitirá a compreensão dos possíveis entraves à diminuição das desigualdades na universalização da saúde no Brasil, assim como poderá contribuir para a elaboração de ações e estratégias que favoreçam o desenvolvimento dessa política de saúde e do modelo de atenção à saúde do SUS.

### *Modelo de atenção à saúde em rede de serviços do SUS*

O modelo de atenção à saúde do SUS compreende uma estruturação de oferta de serviços nas dimensões: Atenção Primária, Atenção Especializada de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica, ou ainda Atenção Secundária e Terciária). A estruturação dos serviços nessas dimensões busca atender aos três pilares sobre os quais se assenta a organização do SUS, sendo eles: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços) (SANTOS, 2011).

Neste modelo de atenção, tem-se a Atenção Primária à Saúde – APS como a principal porta de entrada do sistema de saúde, responsável pela atenção à saúde de seus usuários, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo por meio de cuidados prestados por equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral da saúde. A APS deve atuar como um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. O papel da APS como coordenadora e ordenadora de cuidados, tanto na resolução de problemas de saúde, como no encaminhamento do usuário para outros níveis de atenção, torna-a, de fato, a base estruturante do sistema de saúde, reconhecida como primordial para o bom funcionamento das redes de atenção à saúde (SANTOS, 2011; SILVA, 2011).

A Atenção Especializada de média e alta complexidade (densidade tecnológica), também denominada pontos de atenção secundária e terciária, tem como objetivos: suprir as necessidades de oferta ambulatorial especializada, hospitalar, de suporte diagnóstico, de assistência farmacêutica e de transporte. A distribuição destes pontos nas regiões de saúde deve atender aos critérios de economia de escala, escopo e acessibilidade; para tanto, devem ser, preferencialmente, ofertados de forma regionalizada e hierarquizada. Neste sentido, observa-se que os pontos de atenção secundária seguem um desenho de região de saúde, enquanto os de atenção terciária seguem um desenho em macrorregiões de saúde (maior diversidade de pontos de atenção em números e densidade tecnológica) (SILVA, 2011; SOLLA & CHIORO, 2012; MENDES, 2011).

Para tanto, o novo modelo de atenção à saúde se operacionaliza na lógica da formulação das RAS que, pela integração dos diversos pontos de atenção (primários, secundários e terciários) com os demais componentes estruturais, possibilitarão a garantia do acesso e da integralidade do cuidado. Nesta perspectiva, o decreto nº 7508 traz como proposta a construção de redes temáticas de saúde, priorizando linhas de cuidados que venham a responder às principais necessidades de saúde da população com base no perfil epidemiológico.

### *Redes de Atenção à Saúde - RAS*

O Ministério da Saúde define as Redes de Atenção à Saúde – RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

A organização desses serviços deve consistir em relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção à saúde, tendo como o centro de comunicação a APS. A APS é o primeiro nível de atenção, centralizando as necessidades de saúde da população, resolvendo as demandas básicas e possibilitando a continuidade da assistência na coordenação e ordenação do cuidado para os demais pontos de atenção (BRASIL, 2010a).

Em documento da Opas, datado de 2008, há a lista dos 14 atributos das RAS igualmente adotados pelo Ministério da Saúde para direcionar o desenho das redes no Brasil. Estes atributos são:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências, determinando então a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, integrando os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;

3. Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema. Deve ser constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado, atendendo às suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais e de gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, uma visão e estratégias comuns nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincule todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
14. Gestão baseada em resultado.

No contexto das RAS, Mendes enfatiza a importância da modelagem de redes temáticas de atenção à saúde, considerando que não é mais possível o desenho de uma

única rede que dê conta dos diversos problemas de saúde, propondo então redes que articulem as linhas de cuidados às necessidades de saúde da população (MENDES, 2007). Neste sentido, o Ministério da Saúde propõe, por meio do decreto nº 7508/11, cinco redes temáticas:

- Rede Cegonha: tem como recorte a atenção à gestante e a atenção à criança até 24 meses. Seu objetivo é propor um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e, com isso, consiga reduzir a mortalidade materna e neonatal;

- Rede Urgência e Emergência: tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna;

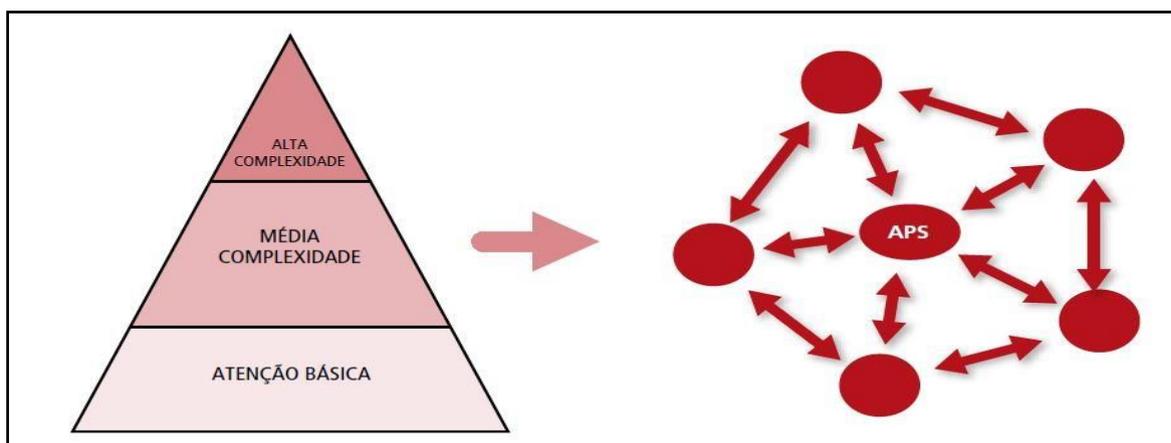
- Rede de Atenção Psicossocial: propõe a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades. Organiza-se em Eixos Estratégicos para Implementação da Rede. Eixo 1: ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental. Eixo 2: qualificação da rede de atenção integral à saúde mental. Eixo 3: ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação. Eixo 4: ações de prevenção e de redução de danos;

- Rede de cuidados às pessoas com deficiências: tem como objetivos (1) ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; (2) ampliar a integração e a articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada; (3) desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e na vida adulta;

- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: pretende mudar a atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, dentre as quais o câncer. Tem como objetivos fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecer o cuidado às pessoas com doenças crônicas, garantir o cuidado integral, e impactar positivamente nos indicadores relacionados a essas doenças (BRASIL, 2011a).

As redes temáticas se operacionalizam de forma regionalizada e hierarquizada nos pontos de atenção da RAS. Estes são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde conforme uma situação singular, sendo diferenciados, portanto, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam e pelos níveis de baixa a alta complexidade que um serviço de saúde pode apresentar segundo os vários pontos de atenção e redes temáticas diferentes (MENDES, 2011). Isso vai depender do escopo de oferta e da densidade de complexidade dos serviços. A oferta e a interligação desses pontos de atenção constituem a RAS, que corresponde ao modelo de atenção à saúde do SUS, como demonstrado na figura 1.

**Figura 1 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.**



Fonte: MENDES, 2010.

Diante disso, o modelo de atenção do SUS, com integração de todas as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e em gestão interfederativa, impõe aos municípios, articulados com o estado e com a União, a necessidade de permanente interação, com vistas a garantir uma gestão compartilhada, assegurando a garantia da oferta de atenção à saúde adequada e com qualidade (SANTOS, 2011).

Para que isso ocorra, é necessária a estruturação de uma rede de serviços que atenda satisfatoriamente as demandas da população mediante a oferta de um elenco de ações e serviços, cuja consecução só é possível com a disponibilidade adequada de recursos físicos, recursos humanos, recursos logísticos e insumos (BRASIL, 2002).

Assim, a operacionalização dos sistemas de saúde e o funcionamento das redes de atenção contemplando seus níveis de atenção à saúde demandam a oferta de recursos humanos em quantidade, qualidade e especialidades adequadas. Com efeito, o recurso humano em saúde é um fator primordial. Este vem sendo contemplado em diversos estudos que buscam compreender os desafios que permeiam esse campo (MACIEL, 2007; GIRARDI, 2009; 2011; 2012a; 2014; SEIXAS, CORREIA & MORAES, 2011; PIERANTONI, 2015; CARVALHO *et al.*, 2013; SCHEFFER *et al.*, 2013; DAL POZ, 2013).

Neste sentido, apresenta-se a seguir uma trajetória histórica das políticas de recursos humanos em saúde no Brasil.

### **Políticas de recursos humanos em saúde no Brasil**

Pensar no desenvolvimento de políticas de saúde universais, na sua estrutura político-organizacional conformada a partir de princípios e diretrizes, passa pela discussão das questões essenciais para sua constituição e operacionalização. Este estudo contempla o campo dos recursos humanos para a saúde como um dos componentes imprescindíveis à implementação do SUS (LOBATO & GIOVANELLA, 2012).

Entende-se que “se as ações de saúde são impensáveis sem os responsáveis pela sua execução, nada mais óbvio do que entender todos aqueles capazes de cuidar da saúde como recursos humanos para a saúde, socialmente legitimados ou não” (PAIM, 1994, p. 3).

Tomando como referência Vieira, a área de Recursos Humanos em Saúde (RHS) constitui um conjunto que compreende: a composição e distribuição da força de trabalho, a formação, a qualificação profissional, o mercado de trabalho, a organização do trabalho, a regulação do exercício profissional, as relações de trabalho, além de outros elementos que permeiam essa seara. Neste capítulo, o intuito é apresentar um pouco como se deu esse processo no Brasil (VIEIRA, 2009).

Ao longo das lutas pela concepção do SUS e sua implementação, vários movimentos se detiveram sobre as questões concernentes aos recursos humanos.

Destacam-se aí as conferências de saúde, as cooperações internacionais e os movimentos pela Reforma Sanitária, que foram fundamentais para a elaboração e a proposição de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil (PIERANTONI *et al.*, 2012).

No ano de 1963, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, que teve como temas centrais a situação sanitária da população, a distribuição da assistência médico-sanitária nos níveis federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde e a fixação de um plano nacional de saúde (BRASIL, 1991). A partir desse cenário, começou-se a dar importância à temática dos recursos humanos para a Saúde, reconhecendo que as necessidades de planejar o número adequado de profissionais requeridos às exigências e necessidades do sistema de saúde, assim como de distribuir equitativamente os médicos nos municípios e regiões do país geravam preocupações para a oferta de ações e serviços de saúde (CARVALHO *et al.*, 2013).

Quatro anos depois, com a 4ª CNS (1967), essas discussões ganharam mais densidade e espaço no sistema de saúde, tornando-se o tema central dessa conferência, que abordou em suas discussões questões como: o profissional da saúde de que o Brasil necessita; as responsabilidades do Ministério da Saúde na formação e no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde; e as responsabilidades das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de educação para a saúde. Ao longo do tempo, esses movimentos foram ganhando força em direção à proposição de políticas nesse âmbito (BRASIL, 1993).

Na década de 70, o fortalecimento desse campo foi marcado pela realização da Conferência Panamericana sobre Planejamento de Recursos Humanos, que teve como propósito disseminar e sistematizar experiências de planejamento de recursos humanos entre os países das Américas. Nesta época, já haviam sido identificadas problemáticas que ainda perduram nos dias atuais: a centralidade no profissional médico em detrimento dos demais profissionais de saúde, a concentração de pessoal nos grandes centros urbanos e a tendência à formação centrada em hospitais. Ou seja, em sua maioria, tratava-se de questões emblemáticas para a oferta de ações e serviços de saúde (OPAS, 1974).

Este movimento repercutiu no Brasil durante a 6ª CNS (1977), com a renovação conceitual e a confirmação da importância da questão dos Recursos Humanos na Saúde. A gestão do trabalho em saúde volta a ser pautado no ano de 1964, ao fazer parte de grandes debates da 8ª CNS, marco da Reforma Sanitária (BRASIL, 1993; CARVALHO *et al.*, 2013).

Posteriormente, em 1986, viria a acontecer a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que, além de fortalecer aspectos relacionados à gestão, como os destacados na 6ª CNS, trouxe a proposição da constituição de equipes multiprofissionais para responder às necessidades, critérios e cobertura do novo modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS. Assim, consolidavam-se as discussões acerca da política de gestão e formação de trabalhadores para a saúde (BRASIL, 1993).

No ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o artigo 200 traz para o SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos em saúde que, no ano 2000, na 11ª CNS, voltou a ser enfatizada. Esta conferência recomendou que os novos trabalhadores da saúde tivessem acesso a formação adequada para a atuação no novo modelo de atenção à saúde (AITH *et al.*, 2010). Neste momento, também foram deliberados os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), um instrumento normativo de extrema importância neste quesito, considerando-se a falta de regulamentação existente até o momento (BRASIL, 2002).

Outro marco importante foi a criação, em 1999, de uma Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH), advinda da parceria do Ministério da Saúde com a OPAS. Foram implantadas 21 estações de trabalho em universidades e secretarias de saúde com o propósito de produzir estudos e pesquisas, bem como de propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no país, possibilitando a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de recursos humanos (BRASIL, 2004a).

Apesar disso, persistem os problemas relacionados à força de trabalho da saúde, especialmente quanto à distribuição geográfica dos profissionais, à quantidade inadequada de profissionais, à fragilidade na fixação e na valoração de profissionais

com vínculos, além de questões relacionadas ao escopo de competências e qualificação profissional para se atender às necessidades de atenção à saúde (CARVALHO *et al.*, 2013; GIRARDI, 2012a).

Dentre essas problemáticas, há a questão da demografia médica:

[...] a noção de que faltam médicos no Brasil parece orientar o diagnóstico de algumas autoridades públicas responsáveis pelas políticas de saúde, que apontam a carência ou ausência de médicos nos serviços públicos, bem como sua má-distribuição nas regiões do país têm sido apontadas como os principais problemas da saúde em diversas pesquisas de opinião. (SCHEFFER *et al.*, 2013, p. 12).

Especialistas nessa área reconhecem que essa realidade não é específica do Brasil, e que outros países também têm discutido sobre a escassez e as disparidades regionais de concentração de médicos de forma a induzir o desenvolvimento de estratégias que visem a aumentar ou a diminuir o número de vagas e de cursos de medicina, assim como medidas indutoras de instalação de médicos nos denominados “vazios sanitários” (SCHEFFER *et al.*, 2013; GIRARDI, 2012).

Em face das problemáticas apresentadas nesse campo, observamos que, ao longo do tempo, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações e estratégias para direcionamentos na área de recursos humanos para a saúde. Antes de explorar estas ações e estratégias, buscou-se fazer um resgate sobre o enfrentamento dessa problemática a nível mundial.

#### *Estratégias de provimento de médicos em áreas de escassez: uma realidade mundial.*

A problemática da má distribuição de médicos não é recente e nem é específica do Brasil, mas é vivenciada também por vários outros países independentemente dos sistemas econômicos e políticos e dos níveis de riqueza e desenvolvimento destes países (CAMPOS *et al.*, 2009). É uma constante, por exemplo, em diversos países do continente americano e também na Austrália. A maioria dos países americanos veio a adotar a imposição de serviço social obrigatório para os egressos de cursos da saúde, de forma a atuarem em média um ano em áreas desassistidas de serviços de saúde, como as

áreas rurais, os territórios longínquos ocupados por algumas comunidades, e as regiões pobres e violentas das grandes cidades. Esse serviço obrigatório surgiu no México, em 1936, como requisito para obtenção do diploma, e foi replicado pela Costa Rica, pelo Peru, pelo Equador e pela República Dominicana com a colaboração da OPAS (MACIEL FILHO, 2007).

A Austrália tem fundado organizações não governamentais, conhecidas como Agências de Força de Trabalho Rural, para ampliar o acesso aos serviços saúde, com o incremento do recrutamento de médicos rurais e o estímulo da sua permanência nessas localidades por meio da implementação de estratégias, tais como: ações de educação permanente, pagamento de uma bolsa de estudos, concessão de pontos para ingresso em programas de especialização, além de apoio financeiro. Os currículos das escolas médicas consideram igualmente a obrigatoriedade da atuação por seis meses em áreas rurais e remotas, particularmente dos profissionais que se formam em Clínica Geral (MACIEL FILHO, 2007; ROURKE, 2005). Estas estratégias vêm sendo desenvolvidas há mais de 20 anos, e são consideradas experiências bem sucedidas (CAMERON, 2002).

Nos Estados Unidos, foi criado, no ano de 1971, o *National Health Service Corps* (NHSC), considerado a maior iniciativa federal voltada para lidar diretamente com o problema da má distribuição de médicos no país. O NHSC é composto por quatro programas com estratégias de fomento à atuação de médicos em áreas de escassez, descritos a seguir: um programa de bolsas com pagamento de mensalidades e de despesas, com alimentação, moradia e material didático, para estudantes da área de saúde que se comprometam, sob contrato, a prestar serviços em áreas carentes por igual número de anos que receberam a bolsa; um programa de refinanciamento de dívidas estudantis para os profissionais já formados; um programa de apoio financeiro a estados e comunidades e um programa de provisão de corpos de funcionários comissionados (empregados federais) vinculados ao Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (USPHS) (CAMPOS *et al.*, 2009).

Segundo Campos *et al.*, o Canadá, desde o início dos anos 1990, considera o tema do provimento de médicos um dos pontos críticos do sistema de saúde, razão pela qual, desde 1960, busca desenhar e implementar políticas e programas para atrair e reter médicos em comunidades carentes e áreas remotas. Dentre elas, desataca-se a promoção

do revezamento do profissional médico entre cidades e áreas remotas (CAMPOS *et al.*, 2009; BRASIL, 2012b).

No Brasil, as estratégias de provimento desenvolvidas pelo governo têm influências daquelas implementadas nos países discorridos acima. Por tratar-se de um problema complexo de difícil solução, estas estratégias têm proporcionado de maneira gradual mudanças no quadro dos vazios sanitários do país, com ampliação da cobertura e com a interiorização da medicina, e com o desenvolvimento de ações políticas e estruturais para assegurar o acesso à saúde.

### *O Brasil enfrentando a problemática*

Historicamente, o governo brasileiro tem concentrado esforços para o provimento e fixação de médicos em regiões remotas, que raramente contam com a presença e a permanência desses profissionais. Essas ações e estratégias de intervenção sobre a má distribuição de profissionais médicos foram iniciadas ainda durante a ditadura militar, precedentes, portanto, à criação do SUS.

O projeto Rondon foi uma das primeiras iniciativas nesse âmbito, datando de 1968 e com vigência até 1989. Ele objetivava formar estudantes que fossem atuar, ainda no período de formação, em áreas remotas de difícil acesso, expandindo as ações e os serviços de saúde, além de estimular a ida e fixação de profissionais nessas regiões (MACIEL FILHO, 2007).

Outra estratégia implantada também com esse objetivo foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento – PIASS, criado no ano de 1976 e direcionado para a organização da atenção básica de municípios com até 20 mil habitantes. O PIASS ampliou a rede ambulatorial, porém não promoveu a fixação de médicos, tendo maior efeito para trabalhadores de nível auxiliar (SAMPAIO, 2012).

Em seguida, em 1993, o governo desenvolveu o PISUS, com foco na interiorização de uma equipe mínima, além do médico, para atuar na prestação de serviços em saúde de forma descentralizada nos municípios (MACIEL FILHO, 2007).

Posteriormente, em 2001, o governo instituiu o Programa de Interiorização pelo Trabalho – PITS, que durou até 2004. “O PITS propunha estimular a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional” (MACIEL FILHO, 2008, p. 76). Os incentivos financeiros eram bolsas que variavam de 4.000 a 4.500 reais para médicos, concedidas pelo CNPq em parceria com o Ministério da Saúde. As ações de formação eram oferecidas em supervisão e na forma de cursos de especialização em Saúde da Família. Havia ainda a garantia outros benefícios, como o seguro obrigatório de vida e acidentes, além de moradia, alimentação e transporte fornecidos pelos municípios. Esse programa teve 4.666 médicos inscritos, porém somente 499 destes aderiram (DONELLI, 2009).

Campos *et al.* aponta a criação do SUS, com seus princípios de universalidade, descentralização, natureza pública e gestão participativa, como um fator que estimulou os avanços na interiorização e melhoria da distribuição de médicos (CAMPOS *et al.*, 2009).

Em associação a essas estratégias, dava-se o desenvolvimento de políticas de saúde com a implementação do SUS. Na política da Atenção Básica, se criava e se implementava o Programa de Saúde da Família, que fortaleceu a AB através da ampliação do acesso de forma descentralizada, e levando médicos até regiões com populações mais distante e menos favorecidas. Tal estratégia é considerada por DAL POZ “como um exemplo bem sucedido de expansão da cobertura de médicos em território nacional” (DAL POZ, 2013, p. 1925).

Além da criação dessas estratégias e dos incrementos trazidos pelo Programa Saúde da Família, o governo criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação no Ministério da Saúde – SGETES, uma secretaria específica para tratar das questões de gestão e formação dos recursos humanos na saúde, que propiciou a ampliação das discussões e intervenções em prol da melhoria da distribuição dos profissionais médicos. Esta secretaria assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, da formação, da qualificação e da regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 2004a).

A SGETES é constituída por três departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), implementando a Política de Educação Permanente em Saúde; o Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), propondo o planejamento e a formulação de políticas de gestão e de regulação da força de trabalho do SUS; e, mais recentemente, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), com responsabilidades na elaboração de estratégias de provimento e formação que permitam o enfrentamento das condições atuais de falta de médico no SUS (BRASIL, 2013a; 2014a).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) coordena a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde - PNEPS. Esta última foi instituída com o objetivo de articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde, por meio da proposição de diretrizes que garantam a formação dos profissionais de saúde de maneira contínua no ambiente de trabalho, e orientadas às necessidades dos serviços (BRASIL, 2004b; 2007). O DEGES tem proposto e desenvolvido programas no sentido de promover a aproximação da comunidade acadêmica com o cenário do SUS. Dentre eles, destacam-se o Aprender-SUS e o programa Vivência e Estágios na Realidade do SUS – Ver-SUS, com o objetivo de aprofundar as relações de cooperação entre o sistema de saúde e as Instituições de Ensino Superior (IES) e de proporcionar aos estudantes das diversas áreas da saúde vivências e estágios na realidade do SUS (BRASIL, 2004d); além do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRO-Saúde, com o papel indutor da transformação do ensino na saúde, promovendo a aproximação entre a formação de graduação e as necessidades da atenção à saúde da população (BRASIL, 2007); e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde, que estimula uma formação interprofissional, desenvolvendo uma aprendizagem significativa por meio da integração, das trocas contínuas e da construção conjunta entre os estudantes, os profissionais e os docentes. Há ainda o Programa de Residências Multiprofissionais, que estimula a prática interprofissional das diversas profissões da saúde reconhecidas (BRASIL, 2008; SANTOS, 2010).

Além dos programas ligados à formação em saúde, são igualmente propostos programas de qualificação profissional para o fortalecimento das práticas de saúde contextualizadas e compartilhadas, dentre eles: o Telessaúde (2006), que vincula as

instituições de ensino às Equipes de Saúde da Família de todo país com o objetivo de promover suas ações e sua qualificação, utilizando como uma de suas ferramentas as tecnologias de comunicação à distância; o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS, criado em 2009 com o objetivo de qualificar trabalhadores em cursos de Educação Profissional para a saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS; e o Sistema UNA-SUS, criado em 2010, também com a proposta de educação à distância, buscando atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde por meio da oferta de ações educativas baseadas no dia a dia de trabalho dos profissionais do SUS e em suas reais necessidades. Atualmente, o Sistema UMA-SUS apóia ações de programas como o PROVAB e o Mais Médicos, criados nos anos de 2011 e 2013, respectivamente (BRASIL, 2010b; DAL POZ, 2013).

No campo de discussão acerca da gestão do trabalho, entendendo que o país passou por vários movimentos de reestruturação dos sistemas e dos serviços de saúde de forma a demandar, por consequência, processos de reorientação das práticas de gestão do trabalho em saúde, observa-se que o mercado de trabalho nessa área segue a tendência geral da evolução (ou involução) das relações de trabalho brasileiras nos últimos vinte anos. Este quadro tem repercutido no desequilíbrio entre a oferta e a demanda de postos de trabalho no SUS, bem como no impacto direto na quantidade e na qualidade dos mesmos (TEIXEIRA *et al.*, 2012).

Alinhado a isso, foi pauta de discussão, no ano de 2003, a precarização do trabalho, o que motivou o Ministério da Saúde a lançar o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, como estratégia de apoio à realização de concursos públicos e de construção de diretrizes para implementação de Plano de Cargos e Carreira na Saúde – PCCS, elementos emblemáticos nesta área. Com isso, durante a formulação da SEGTS, foi proposto o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2004c).

No sentido de cumprir a sua missão, o DEGERTS está organizado em duas coordenações. Há a Coordenação Geral de Gestão do Trabalho em Saúde, que trata de questões relativas à estruturação e à qualificação da gestão do trabalho no SUS,

formulando políticas que têm como propósito o fomento ao desenvolvimento do Plano de Carreira, Cargos e Salários, de ações para a desprecarização do trabalho, para a inovação, a promoção da política de saúde do trabalhador da saúde, entre outras ações para a melhoria das condições de trabalho no SUS. E há a Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que trata de questões sobre a regulação do exercício profissional na saúde, sobre as diretrizes para o dimensionamento da força de trabalho em saúde, e se coloca em relação com o Congresso Nacional e com os conselhos profissionais para analisar propostas e negociar a regulamentação de novas e atuais ocupações em saúde (BRASIL, 2004c).

Apesar do desenvolvimento de políticas de recursos humanos para a saúde, este campo ainda enfrenta vários desafios que perduram no decorrer do desenvolvimento das políticas públicas de saúde, implicando em iniquidade do acesso aos serviços de saúde. Dentre eles, destacam-se a carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, em especial médicos. Estas problemáticas vão de encontro ao processo de regionalização da saúde que vem sendo discutido desde a constituição do SUS, e fortalecido ao longo dos anos, significativamente em 2011 com a instituição do decreto nº 7508 (PIERANTONI *et al.*, 2012; GIRARDI, 2012c).

No sentido de fortalecer a formação médica especializada, o governo lançou o Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas – PRO-RESIDÊNCIA, em outubro de 2009, com a finalidade de favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias para o SUS. O PRO-RESIDÊNCIA enfatiza a formação de especialistas no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência e emergência, atenção oncológica, atenção básica, atenção à mulher e à criança e saúde do idoso. Com isso, oferece bolsas para as especialidades básicas, tais como clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia e medicina preventiva e social; e para as especialidades prioritárias, tais como medicina de família e comunidade, psiquiatria, geriatria, cancerologia clínica e cirúrgica, radioterapia, patologia, anestesiologia, medicina intensiva, neurologia, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, além de neonatologia, psiquiatria infantil e da adolescência, cirurgia do trauma e medicina de urgência (BRASIL, 2009c). No ano de 2013, o PRO-RESIDÊNCIA vem a ser fortalecido pelo componente de formação do programa Mais Médicos (BRASIL, 2013c).

Além disso, houve um fortalecimento das ações em prol da interiorização dos médicos com o apoio de outros setores governamentais, através do desenvolvimento de estratégias compartilhadas. Uma delas, por meio do Ministério da Educação, consistiu na concessão de benefícios no pagamento do Financiamento Estudantil-FIES. Em 2011, foi proposta, como forma de estímulo à interiorização desses profissionais, um abatimento de 1% a cada mês do financiamento, sem limite de tempo para os profissionais de saúde que trabalhassem na AB em regiões priorizadas pelo SUS. Outros destaques foram os processos de reorientação dos programas de residência médica, a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde – DCNCS (BRASIL, 2001b) e, posteriormente, a edição das novas DCNs para os cursos de medicina em 2014 e a expansão dos projetos de TELESSAÚDE, criado em 2011, com o objetivo de ampliar a resolutividade da Atenção Básica, promovendo sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2001b; 2011b).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lança também o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB, com a proposta central de ampliar o acesso à saúde para populações carentes, incentivando os profissionais de saúde (médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros) a atuarem em áreas prioritárias do SUS, em especial, áreas remotas, de populações vulneráveis e nas periferias das grandes cidades, regiões marcadas pela escassez de médicos.

Este programa, em sua primeira versão, datada de 2012, contemplava as três categorias de profissionais da saúde e, a partir de 2013, ficou direcionada exclusivamente para médicos. O programa oferece benefícios financeiros, com uma bolsa paga pelo governo; ações de educação permanente, com cursos de especialização por meio da Universidade Aberta do SUS – UMA-SUS e Telessaúde; e, atrelado a isso, uma pontuação adicional nos concursos de residências médicas para participantes do programa, em bonificação de 10% em cima da pontuação alcançada. Cada médico que adere ao programa deve cumprir 32 horas semanais de atividades práticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de 8 horas semanais de curso de pós-graduação em Saúde da Família, com duração de 12 meses. Essa iniciativa ganhou destaque dentre as estratégias de interiorização de médicos no Brasil e ainda continua vigente. Em 2015, foi acoplado ao programa Mais Médicos, a ser discutido mais adiante.

O Ceará foi o estado do Nordeste com maior número de participantes no PROVAB: 691 profissionais, em 141 municípios. Dos 691 que aderiram ao programa no Ceará, 110 estão locados em Fortaleza. Segundo o Ministério da Saúde, 20% estão em municípios com população rural e pobreza elevada. As regiões metropolitanas também concentram 20% dos médicos (LIMA, 2013).

Essa estratégia associada à nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das redes de atenção, e a criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, em 2011, favoreceram a permanência de médicos nas regiões de pouca cobertura e de difícil fixação, reunindo igualmente um conjunto de estratégias de qualificação, de acompanhamento e de avaliação do trabalho das equipes de saúde. Dentre elas, destaca-se a valorização profissional por meio de ações de educação permanente e de incentivos financeiros para as equipes de saúde que atingem as metas estabelecidas pelo programa. Uma das dimensões avaliadas é a valorização do trabalhador por meio de ações como: qualificação dos profissionais, educação permanente e Telessaúde, gestão do trabalho com garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo, além do plano de carreira e remuneração por desempenho. Tal configuração transmite ao profissional maior estímulo e segurança para atuar na atenção básica, a que se agregam ações de melhoria na infraestrutura e no processo de trabalho, igualmente motivadas pelo programa (BRASIL, 2014a).

Ocorre que, mesmo com essas importantes estratégias desenvolvidas ao longo dos anos, que melhoraram o acesso à saúde, ainda permaneceu difícil garantir a presença de médicos em quantidade e qualidade necessárias à atenção à saúde, quer seja na Atenção Básica, como também Especializada. Isso se comprova em números, uma vez que todas as escolas médicas do País formavam médicos em quantidades inferiores às necessidades dos serviços de saúde. No Brasil, nos últimos dez anos, as escolas médicas formaram apenas 65% da demanda de médicos do mercado de trabalho. No período de 2003 a 2012, o mercado de trabalho ampliou em 143 mil as vagas de emprego médico formal, mas as escolas médicas formaram apenas 93 mil médicos. Um déficit acumulado de 50 mil médicos, a que se soma uma demanda de empregos informais, aumentando ainda mais esse déficit (BRASIL, 2015a).

Preocupados com essa situação e em busca de garantir o direito à saúde, os prefeitos eleitos nas eleições de 2012, por meio da Frente Nacional de Prefeitos – FNP, promoveram, de 28 a 30 de janeiro de 2013, um forte movimento denominado “Cadê o médico?”. Este movimento buscou estimular e requerer do governo federal medidas de enfrentamento ao problema da falta de médico, tais como a contratação de mais médicos para atuarem na rede pública de saúde (BRASIL, 2015c). É nesse contexto de discussão entre gestores das três esferas do governo que se dá o surgimento do Programa Mais Médicos – PMM, instituído em julho de 2013. O PMM foi criado por meio da medida provisória nº 621, regulamentada, no mesmo ano, pela lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013b). O Programa Mais Médicos tem como objetivos:

- I. Diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II. Fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III. Aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV. Ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V. Fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI. Promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII. Aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII. Estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2015c, p. 113).

O PMM é constituído por três eixos, que buscam viabilizar o desenvolvimento dos objetivos propostos por esta política de Estado. O eixo Provimento Emergencial, chamado na lei de “Projeto Mais Médicos para o Brasil” – PMMB busca levar mais

médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais; o eixo Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básico de Saúde está associado a uma série de iniciativas que prevê investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e o terceiro eixo, relacionado à Formação Médica no Brasil, tem como propósito criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Destas, já foram autorizadas mais de 5 mil vagas de graduação e quase 5 mil de residência (BRASIL, 2015c).

A implantação do PMM foi marcada por importantes debates públicos de caráter progressista e forte participação popular, além da grande oposição das representações da categoria médica que resistiram à sua implantação (BRASIL, 2015c). Esta oposição teve seu ápice em uma manifestação deflagrada por representantes da classe médica ocorrida quando se dava a recepção de médicos estrangeiros na Escola de Saúde Pública do Ceará, considerada por jornalistas como um ato xenófobo de repercussão mundial (SARMENTO, 2013).

Diante desse acontecimento, o PMM ganhou maior repercussão e teve seu processo de implementação acelerado, com o desenvolvimento inicial do eixo provimento de médicos. O primeiro ano foi marcado pela grande adesão, quase que total, por médicos intercambistas cooperados, sendo a maioria deles oriundos de Cuba, fato que se explica pela resistência dos médicos brasileiros. Porém, no ano de 2015, observa-se uma mudança nesse quadro com forte adesão médicos brasileiros, chegando próximo a 100% (SANTOS *et al.*, 2015).

O PMM evolui com incrementos que, junto ao desenvolvimento de estratégias de implementação dos demais eixos, resultaram no reconhecimento da população e dos gestores. O PMM seguiu fortalecido e reconhecido como uma política acertada que vem mudando a questão da oferta e distribuição de profissionais médicos no Brasil, proporcionando um grande impacto na ampliação do acesso à saúde, contribuindo para a universalização do SUS (BRASIL, 2015c; SANTOS *et al.*, 2015). O quadro 1 apresenta dados divulgados no Livro Mais Médicos de 2015.

**Quadro 1– Participantes do PMMB por categoria, 2015.**

<b>INTERCAMBISTA ESTADOS</b>	<b>CRM BRASIL</b>	<b>INTERCAMBISTAS COOPERADO*</b>	<b>INTERCAMBISTAS INDIVIDUAL</b>	<b>TOTAL DE MÉDICOS</b>
<b>Centro-Oeste</b>	489	705	115	1.309
<b>Nordeste</b>	2.472	3.745	291	6.508
<b>Norte</b>	442	1.561	230	2.233
<b>Sudeste</b>	1.282	3.592	432	5.306
<b>Sul</b>	589	1.826	469	2.884
<b>Total Geral</b>	<b>5.274</b>	<b>11.429</b>	<b>1.537</b>	<b>18.240</b>

Fonte: Livro Mais Médicos: DEPREPS/SGTES/MS.

\* Incluindo brasileiros formados no exterior.

A partir do quadro acima, verificamos que as regiões Nordeste e Sudeste apresentam maior número de médicos no programa de provimento, sendo o Nordeste a região que recebeu o maior número. Quanto à região que recebeu o menor número de médicos, identifica-se a região Norte.

Se formos analisar essa distribuição em relação à proporção de médicos por 1000 habitantes, percebe-se que a região Sudeste já possuía uma proporção alta e passou a receber um número ainda maior de médicos. Já a região Norte, que possuía a menor proporção, recebeu o menor número de médicos do PMM. Isso induz a uma melhor análise dos requisitos e fatores que influenciaram tal distribuição.

Segundo o Ministério da Saúde, a adesão de médicos ao PMMB se deu de forma voluntária, com abertura de chamamentos via edital do Ministério da Saúde. Tais adesões estipulavam a prioridade para os médicos que possuíam CRM brasileiro, seguido dos brasileiros que se formavam no exterior e, por último, os intercambistas cooperados. Tem-se observado grandes mudanças no quadro de adesão dos profissionais, já que, durante os dois últimos anos, o PMM tem sido realizado por 100% de médicos brasileiros. É importante colocar que há ainda a permanência de médicos intercambistas que estão finalizando o período de 3 anos previsto no projeto.

No Ceará, segundo o Ministério da Saúde, em março de 2016, os programas de provimentos de médicos encontram-se em mais da metade das Equipes de Saúde da

Família (ESF), representando 51% do total. Destas, 1.083 ESF vinculadas ao PMM e 183 ESF ao PROVAB, com atuação de 644 médicos cooperados (intercambistas) e 496 médicos brasileiros (PROVAB e Médicos CRM Brasil). Os médicos estão distribuídos em municípios que se classificam no G100 e de Pobreza, correspondendo a 69% ESF. O total de médicos de programa de provimento atuante nessas equipes corresponde a 828, sendo 479 médicos cooperados, 315 médicos brasileiros e 38 intercambistas individuais (BRASIL, 2016a).

Além dessas estratégias, é importante conhecer e compreender outros fatores que promovem a atração e fixação desses profissionais para que, atrelados às ações de provimento e formação de médicos, possam direcionar estratégias que garantam a presença e permanência destes nos serviços de saúde.

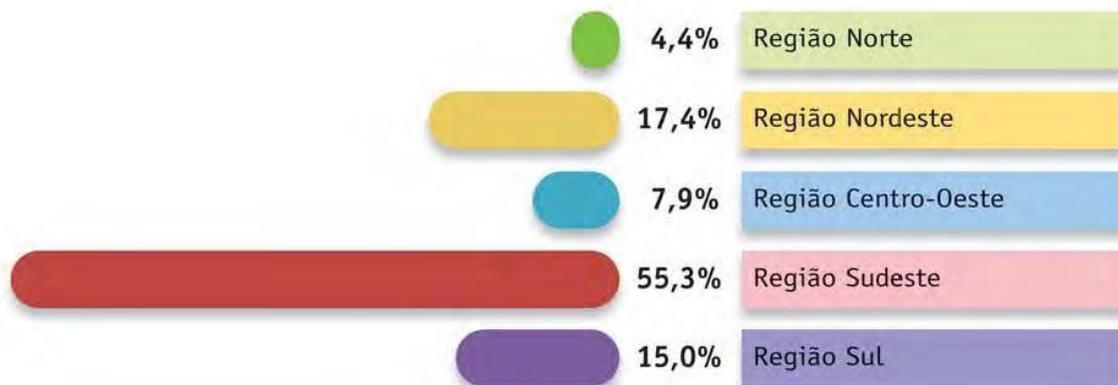
#### *Panorama da força de trabalho médica no Brasil*

Segundo estudos de demografia médica, o Brasil contava, em outubro de 2015, com 432.870 médicos, apresentando uma proporção de 2,11 médicos por 1000 habitantes, tendo como base a estimativa de população dos municípios brasileiros do IBGE de 2013 (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Quanto à distribuição desses médicos por região, observa-se que há uma concentração maior desses profissionais nas regiões Sul e Sudeste, alcançando uma proporção de 2,18 a 2,75 médicos por 1000 habitantes, ultrapassando a média nacional. Ao mesmo tempo, nas regiões Norte e Nordeste essa proporção se reduz para 1,09 e 1,3. Já a região Centro-Oeste apresenta um diferencial, com proporção de 2,20 médicos por 1000 habitantes. Aí localizado, o Distrito Federal apresenta a maior proporção de médicos por 1000 habitantes, a saber, 4,28 (SCHEFFER *et al.*, 2015).

A má distribuição dos profissionais médicos no território nacional é considerada uma das maiores causas da dificuldade de acesso às ações de saúde. Abaixo se apresenta um gráfico dessa distribuição nas grandes regiões do país, no qual se observa que a região Norte conta com a menor percentagem de médicos do país.

**Gráfico 1. Distribuição de médicos registrados (CFM) por 1.000 habitantes, segundo Grandes Regiões – Brasil, 2014.**



Fonte: Scheffer *et al.*, Pesquisa *Demografia Médica no Brasil*, 2015.

Essa má distribuição torna-se mais aguda em relação a capitais e interiores, quando o Brasil revela dois cenários distintos de concentração de médicos. As capitais contam com 55,24% dos registros de médicos, por outro lado, todo o interior tem 44,76% dos médicos (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Realidade semelhante acontece com relação às especialidades médicas. Estudos mostram que há uma grande concentração de médicos especialistas na região Sudeste, em detrimento das demais regiões do país. Aquela região conta com 45,51% dos médicos especialistas de todo o Brasil, localizados preferencialmente nos grandes centros urbanos. As especialidades de maior destaque em números foram: Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Anestesiologia, Cardiologia e Orto- Traumatologia (SCHEFFER *et al.*, 2015; GIRARDI 2009; GIRARDI *et al.*, 2009; VALCARCEL *et al.*, 2011).

Segundo Girardi, no Brasil, as especialidades de Pediatria, Anestesiologia, Psiquiatria, Neurologia e Neurocirurgia foram relatadas por gestores hospitalares entre as mais importantes, para as quais há dificuldades de contratação (GIRARDI, 2009; 2012b). Tal fato instiga alguns questionamentos: em que lugares encontram-se estes especialistas? A quais tipos de serviços estão vinculados? Qual a oferta de serviços para as especialidades? Qual a demanda por especialidades médicas? Como os programas de residência médica estão respondendo às demandas por especialidades? O que motiva a

adesão às especialidades? Quais são as dificuldades encontradas para contratação de médicos especialistas?

Estudos do Ministério da Saúde e de outros pesquisadores sobre a necessidade de médicos especialistas mostraram que existem desequilíbrios regionais na oferta de especialistas. Há suboferta e até mesmo escassez de algumas especialidades, resultado das novas necessidades decorrentes da transição sociodemográfica/epidemiológica. Constatam-se ainda dificuldades no recrutamento de médicos especialistas, além da distribuição inadequada de vagas de residência médica no país. Isso sinaliza para a necessidade de ampliação da oferta de vagas de residência médica que sejam direcionadas a atender às necessidades dos serviços de saúde, bem como para estratégias de provimentos e fixação desses profissionais (BRASIL, 2009; DAL POZ *et al.*, 2012; SCHEFFER *et al.*, 2011).

Além disso, esse cenário aponta também para a necessidade de um processo de interiorização dessas residências, como forma de fortalecer a permanência de médicos nessas regiões. Fato importante, estudos sobre movimentos migratórios de médicos identificaram a residência como um elemento importante de retenção profissional. Há que se inferir ainda que a oportunidade de complementação da formação, a presença de centros de referência na área da saúde (formação e atenção especializada), o grau de desenvolvimento social e econômico da região ou do país, além de oportunidades de inserção no mercado de trabalho são grandes atrativos para o direcionamento e fixação de profissionais da saúde, com destaque para o profissional médico (SEIXAS, CORREIA & MORAES, 2011; DAL POZ *et al.*, 2012; GIRARDI, 2012a).

Girardi reconhece como preocupante as motivações de escolha das especialidades pelos recém-graduados. “As hipóteses que justificam tais escolhas geralmente se baseiam em status social, remuneração e carga de trabalho de determinadas especializadas” (GIRARDI, 2012a, p. 24).

Nesta perspectiva, é de fundamental importância o conhecimento da força de trabalho em saúde, a fim de direcionar o planejamento de ações e estratégias que assegurem a existência de profissionais suficientes, com as especialidades adequadas, para atender às demandas de saúde da população.

## **O SUS no estado do Ceará: contexto histórico e desafios na perspectiva da universalização do acesso e integralidade da atenção**

Segundo Albuquerque, a regionalização da saúde no estado do Ceará “é considerada antiga e institucionalizada organizacional, técnica e politicamente. Apresentando também tradição de descentralização política no estado” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 217).

Em 1997, a descentralização assume a dimensão de regionalização na agenda estadual, com a elaboração da primeira PPI. Neste período, o estado passa a contar com um desenho de 14 regiões e 21 microrregiões de saúde, estruturando coordenadorias regionais de saúde (ARAÚJO, 1997). Ainda no final da década de 80, houve o fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde, impulsionando as ações no âmbito da atenção básica com a criação dos Agentes Comunitários de Saúde (CEARÁ, 2011a).

Na sequência, o Programa dos Agentes Comunitário de Saúde foi a base para a criação e a implementação do Programa Saúde da Família, presente em todo território nacional, responsável pela reorientação do modelo de atenção à saúde com a Atenção Básica como orientadora do cuidado (CEARÁ, 2011a).

Outra política de saúde em que o estado apresenta destaque como precursor corresponde à regionalização da saúde, princípio organizativo do SUS estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal. Em 1998, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) passou por uma reestruturação com revisão do modelo de gestão, com a reorganização dos órgãos do nível central de gestão e das regionais, aumentando de 14 departamentos para 21 células regionais de saúde – CERES (CEARÁ, 2011a).

Para que esse processo acontecesse, tornou-se necessária a realização de planejamento englobando o diagnóstico das regiões, a análise da conformação e o papel do controle social e a organização de redes de referência, com investimentos em hospitais polos e em centros de especialidades odontológicas. Neste período, foram elaboradas as Diretrizes da Reorganização da Atenção e Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará, documento que deu suporte à definição de estratégias de reestruturação dos serviços e de atenção nos níveis primário, secundário e terciário (MOTA, 2007).

Esse momento constituiu um marco na regionalização em saúde do SUS, sendo o Ceará o primeiro estado a concretizar uma experiência de regionalização com base na concepção de redes de atenção à saúde (SILVA, 2004; MENDES, 2007).

Em 2000, o estado do Ceará criou Comissões Intergestores Bipartite Regionais (CIBs regionais), inovando institucionalmente com a criação desses novos espaços de negociação e pactuação do planejamento regional. Com a vigência da NOAS, o estado formula seu primeiro Plano Diretor de Regionalização do SUS (PDR), cujo principal objetivo era a organização da rede assistencial e de estratégias e instrumentos, como a PPI, elaborada juntamente com os gestores municipais e pactuados nas CIBs regionais e na CIB estadual. O PDR foi revisto três vezes: em 2004, 2006 e 2009 (CEARÁ, 2010).

Com o Pacto pela Saúde de 2006, a principal mudança no processo de regionalização no estado esteve relacionada à estruturação do trabalho das instâncias regionais, com foco na integração das áreas técnicas e incentivo na constituição de grupos de trabalho sistemáticos para integrar as políticas em curso. Este instrumento normativo não resultou em inovações radicais para o estado, pois o mesmo já havia avançado em relação aos processos de descentralização e regionalização; porém veio a reforçar e fortalecer a atuação da SESA como condutora dos processos (PONTES *et al.*, 2012).

No período de implementação do Pacto pela Saúde, a regionalização no estado foi caracterizada pela sua institucionalidade avançada e pela governança coordenada e cooperativa entre os entes federados, o que resultou em impactos institucionais de forte incremento. Nesta fase, o Ceará passou a considerar a organização de redes e fluxos e a ampliação da capacidade instalada (oferta). Nesse processo, pautavam-se diversas ideologias: a gerencial, a democrático-participativa, a equidade e a dos determinantes sociais (VIANA & LIMA, 2011).

O Plano Diretor de Regionalização – PDR de 2006 definiu a organização regionalizada da atenção à saúde da seguinte forma: atenção básica, pautada pela Saúde da Família, e ações básicas de vigilância em saúde no nível municipal; atenção secundária no nível regional (22 regiões); e atenção terciária no nível macrorregional, definindo 3 macrorregiões de saúde que, a partir de 2014, passaram a ser 5 macrorregiões de saúde (CEARÁ, 2010).

Os desenhos regionais basearam-se nos seguintes critérios: contiguidade intermunicipal; infraestrutura de transporte; fluxos assistenciais de saúde; capacidade instalada (oferta) de serviços de saúde; e disposição política para pactuação. Cada região possui pelo menos um município polo e outros que apoiam o sistema regional de referência assistencial. Esse sistema está organizado por região de saúde, segundo as unidades de saúde existentes e seus níveis de referência, e por macrorregião de saúde, segundo as especialidades de alta complexidade das redes assistenciais, a saber: rede de atenção cardiovascular; rede de nefrologia; rede de neurologia; rede de oncologia; rede de atenção traumato-ortopédica; rede de urgência e emergência; e rede de saúde auditiva (CEARÁ, 2010).

O PDR 2006 também organiza a rede de sangue e hemoderivados (em três núcleos constituídos por hospitais de referência). O fluxo de referência para outros estados foca os serviços de transplante de medula, transplante hepático pediátrico e determinados procedimentos não ofertados pelo Sistema Estadual de Saúde, tais como os oftalmológicos, neurológicos, cardiovasculares, otorrinolaringológicos, traumato-ortopédicos e oncológicos de média e alta complexidade (CEARÁ, 2010).

No ano de 2009, o governo do estado, fundamentado em indicadores epidemiológicos (mortalidades por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, mortalidade materna e neonatal e respectivas patologias traçadoras), e ainda considerando as lacunas assistências e envelhecimento populacional, aprovou empréstimo, junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, para o desenvolvimento do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES). O intuito do PROEXMAES é buscar contribuir para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, possibilitando a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura das assistências especializada em todas as regiões de saúde do interior do estado, fortalecendo, assim, o processo de regionalização (CEARÁ, 2009).

Marco de referência recente nesse percurso histórico-institucional foi a atualização, em 2010, do Plano Diretor de Regionalização do Ceará (PDR), utilizado como pressuposto para o modelo da regionalização ora em implementação pelos COAPs. Assim, consideraram-se os seguintes parâmetros para a configuração das regiões de saúde no estado: i) contiguidade intermunicipal; ii) infra-estrutura de

transporte; iii) deslocamento da população aos serviços de saúde; iv) economia de escala; v) disposição política para pactuação (CEARÁ, 2010; PONTES *et al.*, 2012).

Com a edição do decreto nº 7.508, o estado do Ceará coloca a regionalização estadual da saúde na perspectiva dessa nova proposição normativa do Ministério da Saúde, e avança na implantação do COAP, ainda que mantendo as diretrizes do Plano Estadual de Saúde e dos demais processos organizativos em curso (PONTES *et al.*, 2012).

O quadro 2 representa o contexto histórico-constitucional da regionalização da saúde no Ceará, a partir do estudo realizados por Pontes *et al.*, em 2014:

**Quadro 2. Contexto Histórico-Constitucional da Regionalização da saúde no Ceará, 2014.**

Orientação Estadual	Orientação Nacional	Orientação Estadual e Nacional				
Início do Governo Tasso Jereissati. Regionalização de caráter administrativo pautado no Plano de Desenvolvimento Sustentável (1995-1998) que tinha como foco o crescimento econômico com o desenvolvimento social. Realização de uma Gestão Eficiente com os eixos: reforma administrativa, planejamento estratégico, descentralização e	Aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde do documento “Diretrizes para Organização das Ações e Serviços de Saúde”. O documento previa a implantação das Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais. Reafirmou os princípios e diretrizes do SUS, fortaleceu a organização da AE, com base em estudos de fluxo de atendimento de usuários,	A publicação da NOAS/SUS 01/2001 alterou a condução técnica e política que vinha sendo dada a regionalização da saúde no Ceará. A Secretaria da Saúde ajustou a microrregionalização às normas nacionais. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Ceará de 2001, contemplou o desenho de 96 módulos assistenciais e 29 polos microrregionais, nas 21 microrregiões de saúde e 03 macrorregiões de saúde <sup>16</sup> .	Publicação do Pacto pela Saúde que proporciona condições normativas adequadas para a retomada do projeto de regionalização da saúde estabelecido em 1998. Os municípios cearenses aderem ao Pacto pela Saúde em um único momento, confirmando a forte tradição histórico-institucional da regionalização da saúde <sup>14</sup> . O PDR de	Atualização do PDR de 2006, não por indução de uma norma nacional, Em 2009, existência de um projeto estadual, financiado pelo BID, objetivando a ampliação da rede especializada no interior do Estado: 22 Policlínicas; 19 CEO e 04 Hospitais Regionais.	Atualização do PDR de 2010 com vistas a adequar a regionalização da saúde à normatização do Decreto 7.508/2011.	Em 2014 o estado apresenta: 21 Regiões de Saúde do Estado formalizaram o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Alteração na configuração do Macrorregional, passado de 4 para 5 macrorregiões de saúde.

melhoria gerencial na prestação de serviços	desenho de um sistema de referência e contra-referência e economia de escala. A regionalização do Ceará apresentou 20 microrregiões e 3 macrorregiões de saúde. Desenvolvimento do Projeto Piloto da implantação da Microrregião de Baturité.		2006, ao contrário do de 2001, previu a necessidade de expansão da rede de serviços de saúde. O desenho regional constituiu-se de 22 microrregiões de saúde, 03 macrorregionais e 27 municípios polo.			
---	---	--	---	--	--	--

Fonte: Pontes *et al.*, 2014.

Viana e Lima consideram que o Ceará apresenta condições políticas e institucionais favoráveis para a implantação dos dispositivos do decreto nº 7.508/11, particularmente no que se refere às redes de atenção à saúde e ao COAP, tendo em vista sua capacidade técnica e política, um planejamento bem delineado, regiões bem estruturadas, entre outras condições encontradas no estado (VIANA & LIMA, 2011).

Deve-se chamar a atenção também para o fato de que o Ceará foi o primeiro estado brasileiro a formalizar o COAP, com a contratualização de todos assinados por gestores municipais, estaduais e federais para as vinte regiões de saúde do estado. Os COAPS das regiões de saúde de Fortaleza e Iguatu foram assinados no final de 2015, ao passo que os 20 demais foram assinados no ano de 2012 (BRASIL, 2015b).

Em 2015, os 20 COAPs cumpriram seu prazo de validade, a partir de 2012. O que significa que é necessária uma avaliação do processo de implementação do COAP e da repactuação das ações. Pontes indica que a adesão ao COAP foi uma decisão política que contou com a participação direta do Ministro da Saúde, do governador e dos prefeitos, via Associação dos Prefeitos do Estado do Ceará (APRECE) (PONTES, 2015).

De fato, o estado do Ceará apresenta forte tendência a ser um dos primeiros estados brasileiros a efetivar o compromisso pelo funcionamento em rede dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo por meio do COAP. Isso significa dizer que todos os dispositivos do decreto nº 7.508 estão sendo implementados no estado, o que potencializa a estratégia da regionalização e seus ganhos em relação ao processo de planejamento integrado regional, além do compartilhamento solidário de responsabilidades quanto à garantia da integralidade do cuidado em saúde.

Em análise do processo de regionalização, Viana e Lima reconhecem os fatores que contribuem para a institucionalidade avançada da regionalização no estado, sendo eles: a tradição de descentralização política e regionalização; o desenho regional ser próprio da saúde e passar por regiões sistemáticas, adequando-se às mudanças das dinâmicas territoriais; o foco da regionalização ser a organização de redes assistenciais, com ampliação dos investimentos e da capacidade instalada e fortalecimento das instâncias regionais; o processo de regionalização ser conduzido e priorizado pela SESA em parceria com o conselho de secretários municipais de saúde; e a regulação ser organizada por centrais de regulação nas 22 regiões de saúde (VIANA & LIMA, 2011).

As autoras também consideram que a governança coordenada e cooperativa da regionalização da saúde no Ceará possui forte relação com o bom funcionamento das instâncias de pactuação e negociação intergovernamentais, com os fluxos decisórios definidos, o fortalecimento dos mecanismos de coordenação e a ausência de conflitos importantes no âmbito estadual, apesar da existência de tensões entre os municípios. Reconhecem ainda que as estruturas regionais (coordenadorias estaduais e CIBs regionais) estão consolidadas, legitimadas e atuantes, com tradição na gestão regional, e destacam a parceria da SESA e do conselho de secretários municipais de saúde – COSEMS, potentes atores na condução do processo de regionalização (VIANA & LIMA, 2011).

As autoras citadas acima enfatizam que os impactos e inovações institucionais advindos desse processo no estado do Ceará decorreram da melhoria da organização das redes de referência, da ampliação da capacidade instalada, do incentivo à inclusão de novos atores no processo de regionalização – tais como consórcios públicos intermunicipais – e da preocupação com a melhoria da qualificação dos gestores.

*Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde*  
(PROEXMAES)

O que se percebe é que, com o passar desses anos, o estado do Ceará buscou desenvolver essa política de fortalecimento da regionalização, desenhando e articulando as redes temáticas e estruturando a RAS com a ampliação da oferta de serviços de saúde de forma regionalizada, principalmente por meio da execução do Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada - PROEXMAES, em andamento desde o ano de 2009.

Este programa está constituído por dois componentes. O primeiro componente corresponde à estruturação de novos serviços de saúde, e conta com a construção de 2 Hospitais Regionais, 21 Policlínicas e 16 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, além de aquisição de equipamentos médico-hospitalares para essas unidades. O segundo componente está relacionado ao fortalecimento institucional da gestão e melhoria contínua da qualidade dos serviços em saúde da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), envolvendo investimentos em tecnologia da informação, formação/treinamento de gestores e técnicos e a certificação/acreditação das unidades de saúde programadas no primeiro componente (CEARÁ, 2009).

Cerca de 39 novas unidades especializadas incrementadas às RAS do Ceará buscam beneficiar diretamente 179 dos 184 municípios cearenses, incluindo aproximadamente seis milhões de pessoas residentes no conjunto das 22 regiões das cinco macrorregiões de saúde do estado. O sistema resultante do PROEXMAES apresenta um conjunto de características que privilegia o acesso, apresenta uma densidade tecnológica moderna compatível com suas funções e considera a teoria de economia de escala fortalecendo a regionalização da saúde no estado (CEARÁ, 2009).

O Ceará, com a primeira fase desse programa, o PROEXMAES I, de 2009 a 2014, contou com a ampliação de três hospitais regionais, a saber: Hospital Regional do Cariri, em Juazeiro do Norte, Hospital Regional Norte, em Sobral e Hospital Regional do Sertão Central, em Quixeramobim. Contou ainda com a construção de 16 CEOs e de 19 policlínicas, sendo onze do tipo I e oito do tipo II. A grande maioria destes serviços encontra-se em funcionamento, excetuando-se o Hospital Regional do Sertão Central, construído em 2014 e aguardando operacionalização, prevista para o ano de 2016.

Segundo a SESA, o governo federal liberou recursos que financiarão os gastos com custeios para o hospital. Além dos 16 CEOs feitos em parceria com o BID, o governo construiu com recursos 100% do Tesouro do Estado mais dois CEOs regionais (CEARA, 2015).

Na segunda fase do programa, o PROEXMAES II, são previstas a construção do Hospital Regional do Vale do Jaguaribe e a estruturação de mais três policlínicas, duas do tipo I, em Ipu e Aquiraz, e uma do tipo II em Crato. Além disso, esse recurso será investido na implantação da Central de Laudos, na renovação do parque tecnológico de informática, na incorporação de comunicação à distância e na melhoria da infraestrutura da SESA e das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) (CEARÁ, 2015).

Em 2015, O PROEXMAES foi ampliado com o incremento de um novo empréstimo viabilizado e aprovado pelo BID, estimado em 123 milhões de dólares para ampliação da rede hospitalar e ambulatorial especializada (CEARÁ, 2015).

#### *Desenho da Rede Regionalizada de Saúde do Ceará*

A regionalização da Saúde do Ceará está representada por 22 regiões de saúde: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Acaraú, Tianguá, Tauá, Crateús, Camocim, Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Cascavel. Completando o desenho estadual, temos cinco macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe.

Na inter-relação regiões de saúde e RAS, quanto ao cenário das redes temáticas, o estado apresenta uma composição de dezessete Redes Cegonha constituídas, na sua maioria, no âmbito das regiões de saúde, sendo que, das dezessete, o desenho de três abrange mais de uma região de saúde para atender aos componentes necessários à implantação da Rede Cegonha.

Em relação à Rede de Urgência e Emergência, o estado fortaleceu a rede de serviços com a ampliação do SAMU e a criação de UPAS interiorizadas. A rede está

constituída em todas as regiões de saúde, apresentando uma forte estruturação dos dispositivos e componentes em nível das sedes das macrorregiões de saúde.

No plano estadual, a Rede de Atenção Psicossocial é constituída por dezoito redes regionalizadas e estruturadas com os componentes preconizados. A Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência conta com dezesseis redes regionalizadas, contemplando os dispositivos requeridos para a estruturação dessa rede. Já sobre a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, não foram encontradas informações sobre a elaboração do seu plano nos documentos da Secretaria de Estadual de Saúde do Ceará.

A partir do discutido sobre o desenvolvimento da regionalização da saúde no Ceará, deve-se reconhecer a necessidade de criação e desenvolvimento de políticas que contemplem a área dos recursos humanos para a saúde, por vez, rotulada como um nó crítico para o sistema de saúde.

#### *Políticas de recursos humanos para a saúde no Ceará.*

O desenvolvimento de políticas orientadas para o componente recursos humanos para a saúde no Ceará acompanhou a trajetória histórica da política em nível nacional delineada anteriormente. O Ceará constituiu, ao longo da implementação do SUS no estado, um arcabouço organizacional acompanhando as diretrizes nacionais para o desenvolvimento de ações de gestão do trabalho e da educação na saúde. Destaca-se aí a criação da Escola de Saúde Pública (ESP) e da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES) no âmbito da SESA.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE) instituiu, no ano de 2007, a CGTES, atribuindo-lhe a responsabilidade (1) de formular políticas para o desenvolvimento educacional e profissional dos trabalhadores da saúde do SUS, e (2) de formular políticas de planejamento e estruturar a gestão do trabalho de forma coerente com as necessidades do SUS e demais competências. Essa coordenadoria tem exercido um papel fundamental na implantação da política de educação permanente no estado, bem como na identificação e qualificação da demanda para os processos formativos (CEARÁ, 2007).

A CGTES, em parceria com as escolas de saúde do estado, tem desenvolvido projetos de formação e de qualificação profissional de nível técnico e superior em saúde, considerando nesses processos atributos como desenvolvimento do currículo integrado, a descentralização dos cursos, a articulação escola-serviço-comunidade, os espaços e contextos de trabalho como loci privilegiados da formação, o ensino em serviço e a avaliação formativa de maneira a promover o desenvolvimento das competências requeridas aos profissionais de saúde.

Atualmente, o estado conta com quatro escolas de saúde do SUS: em Fortaleza (Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE), em Sobral (Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia), no Cariri (Escola Técnica do SUS do Cariri, em Barbalha) e em Iguatu (Escola de Saúde Pública de Iguatu). Estas escolas, uma vez articuladas, atuam na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS do estado.

No contexto das ações destas instituições, um movimento importante foi vivenciado em junho de 2011. A Escola de Saúde Pública do Ceará e a Coordenação de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), ligadas à Secretaria Estadual de Saúde, compreendendo que o estado passava por uma importante expansão de sua rede de atenção e que essa expansão requeria ações e estratégias para responder às necessidades de recursos humanos em saúde advindas deste processo, organizaram o Seminário de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Força de Trabalho em Saúde do Ceará, que contou com a participação das esferas dos governos estadual e municipais, e teve o apoio do Ministério da Saúde e da OPAS/OMS no Brasil (CEARÁ, 2011b).

Este seminário teve como foco a identificação dos pontos críticos da força de trabalho em saúde, no intuito de construir uma integração entre escolas, universidades, Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde. Tais pontos sinalizaram necessidades de ampliação da formação de profissionais, especificamente de médicos especialistas, de qualificação e de regulação profissional – questões essas também compartilhadas na maioria dos estados brasileiros (CEARÁ, 2011b).

O evento foi dividido em grupos temáticos de trabalho que abordaram: análise e proposição de indicadores e ferramentas de monitoramento e avaliação da força de

trabalho e da formação de profissionais em saúde; identificação das demandas e necessidades de formação da força de trabalho em saúde para o Ceará; identificação de necessidades de pesquisas na área da gestão do trabalho e da educação na saúde; e construção de instrumentos de avaliação dos processos formativos para educação permanente.

Como resultados dessas discussões sinalizaram-se ações para orientar a promoção de políticas públicas neste campo. Dentre elas, destacou-se a necessidade de estudos sobre o perfil dos trabalhadores em saúde no Ceará, sobre os egressos dos cursos ofertados pelo SUS com acompanhamento sistematizado, como também sobre a trajetória e destino dos egressos dos programas de formação. Essas reflexões deveriam contribuir para o desenvolvimento das políticas de recursos humanos para a saúde no estado (CEARÁ, 2011b).

A rede de formação em saúde conta com universidades públicas e privadas na formação de profissionais de saúde. A destacar a formação médica, em 2015, o estado contava com a formação de cerca de 800 profissionais/ano por intermédio da oferta de vagas por oito instituições de ensino que se mesclam entre públicas e privadas e distribuídas em três macrorregiões, a saber: Fortaleza, Sobral e Cariri.

No Ceará, existem 71 Programas de Residência Médica (PRM) credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, a maioria deles concentrando-se em Fortaleza. Na capital, a maioria dos PRM funciona na rede de hospitais de referência geridos pelo estado, a saber: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital de Doenças Cardiovasculares de Messejana, Hospital Geral Cesar Cals, Hospital São José de Doenças Infecciosas e Hospital Geral Waldemar de Alcântara.

Em 2012, por meio de uma iniciativa da Escola de Saúde Pública do Ceará, foram criadas três residências médicas em rede: Residência Médica em Rede de Medicina de Família e Comunidade, Residência Médica em Rede em Pediatria e Residência Médica em Rede de Ginecologia e Obstetrícia. Os programas de residência médica em Pediatria e Obstetrícia têm a maior parte de sua carga horária em hospitais do município de Fortaleza, como o Hospital Gonzaguinha de Messejana e o Hospital da Mulher, mas também em unidades da Estratégia Saúde da Família, prevendo ainda estágios nos Hospitais de Referência do estado. A ideia principal na operacionalização

destes programas é que o residente obtenha sua formação atuando nos diversos pontos da rede estadual de atenção à saúde.

Em 2011, foi criada a Seleção Unificada de Residências Médicas – SURCE. O processo seletivo reúne a oferta de vagas de todos os programas de residência médica do estado. Esta proposta tem qualificado o processo seletivo e gerado inovações. Dentre as inovações, destaca-se a possibilidade de mudança na escolha da especialidade e de programas de residência pelos candidatos, o que tem beneficiando os candidatos e os programas de residência por meio do aumento das vagas ocupadas. Além disso, a SURCE tem produzido um relevante impacto acadêmico, uma vez que proporciona, a partir da análise dos seus indicadores, a avaliação do desempenho dos egressos dos cursos de graduação em Medicina, elemento importante para subsidiar e fortalecer as discussões sobre ensino e formação médica (MONTE-NEGRO JÚNIOR, 2015).

Atualmente, o estado do Ceará tem investido na qualificação de profissionais de saúde para implementação das Redes de Atenção à Saúde mediante a ampliação das vagas de residências médicas e multiprofissionais e a oferta de cursos de especialização direcionados as redes temáticas.

### **Justificativa e implicação com o tema**

Fundamentados nessa construção teórica, e considerando que o estado do Ceará tem passado, nas últimas décadas, por diversas alterações estruturais, políticas e organizacionais requeridas pelo processo de regionalização – e, por consequência, promovendo a ampliação dos serviços de saúde regionalizados – faz-se necessário conhecer a disponibilidade e a dinâmica da força de trabalho médica e os fatores a ela relacionados que implicam na garantia do acesso efetivo e da resolução das problemáticas de saúde da população cearense.

Desse modo, temos participado das discussões sobre o tema desde a nossa colaboração no processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde do estado do Ceará, quando da nossa atuação, a partir de 2010, como bolsista, na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará – ESP-Ce.

Tal experiência nos propiciou vivenciar os processos formativos da ESP-Ce desde o nível de formação técnica (técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, vigilância em saúde), passando por cursos de qualificação e aperfeiçoamento (aperfeiçoamentos nas áreas de vigilância à saúde), chegando até aos cursos de pós-graduação *lato sensu* (“Curso de Especialização em Vigilância de Endemias e Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva”).

Tais processos nos permitiram uma reflexão e uma experiência prática sobre os fatores que implicam na oferta adequada e efetiva de recursos humanos para atender às demandas/necessidades de acesso à saúde da população.

Neste contexto, a partir do ano de 2012, integramos a equipe de pesquisadores do projeto “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil” (vinculado à Universidade de São Paulo); do projeto “Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: contexto, condicionantes, implementação e resultados (aprovado no edital PPSUS-REDE/2012, vinculado à UFC); do projeto de colaboração entre instituições de ensino superior e sistemas municipais de saúde: estudo dos casos de Juazeiro do Norte e Sobral-Ceará; e, particularmente, do projeto de pesquisa na temática de recursos humanos, sob a coordenação da ESP-Ce, intitulado “Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS Ceará: avaliação para aprimoramento dos programas educacionais”. Tal estudo busca avaliar a contribuição da educação permanente para a transformação das práticas dos trabalhadores do SUS no Ceará.

Nestes últimos projetos, principalmente, fortalecemos nossa aproximação com o campo de recursos humanos para o SUS e, em particular, com a temática sobre os profissionais médicos, tendo elegido esse objeto de estudo para o desenvolvimento de nossa dissertação de mestrado. Destacamos a relevância em estudar a força de trabalho médica no Ceará que, além de assunto pouco abordado na literatura, constitui-se num ponto de estrangulamento dos sistemas de saúde tanto no Brasil, como em diversos outros países.

Entretanto, verificamos que as publicações nesta área mostram-se bastante restritas em nosso estado. De fato, a literatura produzida corresponde a poucos relatórios de difícil acesso. Por exemplo, em relatório da ESP/SESA e do CETRED/ObservaRH,

encontramos os seguintes estudos realizados no período de 2004 a 2010, que abordam essa temática:

1. “Disponibilidade de Médicos Especialistas para atuarem nas Policlínicas do Interior do Estado do Ceará: Diagnóstico Situacional”;
2. “Diagnóstico da situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico do Sistema Único de Saúde nas macrorregiões (Cariri, Sobral e Fortaleza)”;
3. “Perfil e motivação de egressos dos programas de residência para formação do médico de família no estado do Ceará”.

Contudo, não foi possível ter acesso a esses relatórios completos, pois não se encontram disponibilizados na internet ou publicados. Identificamos a existência de estudos que contemplam a formação de profissionais médicos no estado do Ceará e que serão oportunamente referenciados em nosso trabalho, dentre eles: Sousa (2014), que estudou a complexidade da formação médica na e para a atenção básica; Gomes (2014), que avaliou a formação de profissionais médicos de uma universidade pública do Ceará; e Costa Lima (2013), que refletiu sobre a mobilidade do trabalho e a disponibilidade de médicos no Brasil.

Com base nos estudos citados, observamos a necessidade de uma investigação mais aprofundada a fim de compreender a disponibilidade absoluta e relativa da força de trabalho médica do estado do Ceará, e sua dinâmica na RAS do estado para garantia do acesso em saúde.

Como roteiro inicial de pesquisa, elegemos algumas questões norteadoras, quais sejam: (1) qual o perfil e a distribuição da força de trabalho médica especializada do estado do Ceará para atuar nos serviços de saúde?; (2) qual a oferta e ocupação de vagas de residência nos programas de residência médica do estado?; (3) como os gestores e representantes da classe médica percebem os fatores condicionantes e determinantes da oferta de médicos especialistas no Ceará?

Objetivando responder a estes questionamentos, realizamos a presente investigação, que tem como propósito estudar a disponibilidade e a oferta de profissionais médicos no estado do Ceará, tendo como cenário e contexto o Sistema

Estadual de Saúde, suas Regiões e RAS, com enfoque na expansão dos serviços públicos especializados de saúde.

Este estudo busca desenvolver a compreensão de alguns fatores condicionantes e determinantes pertinentes ao campo de recursos humanos e, por conseguinte, pretende contribuir no norteamento de políticas de formação e provimento de médicos generalistas e especialistas para o enfrentamento dos desafios postos na oferta adequada à nova estrutura de serviços, fluxos e atenção à saúde do estado do Ceará.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Analisar a força de trabalho médica e suas relações com a regionalização das Redes de Atenção à Saúde - RAS do estado do Ceará.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever a distribuição e o tipo de vinculação de profissionais médicos na Rede de Atenção à Saúde do estado do Ceará;
- Compreender a percepção de informantes-chaves acerca da disponibilidade de médicos na RAS no estado do Ceará;
- Compreender a percepção de informantes-chaves acerca da relação entre a formação e a disponibilidade de médicos na RAS do estado do Ceará;
- Compreender a percepção de informantes-chaves acerca da implementação da Rede de Atenção à Saúde do SUS no estado do Ceará e suas relações com a força de trabalho médica.

### 3. METODOLOGIA

#### **Tipos de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem mista (qualitativa e quantitativa) e com delineamento transversal em que utilizamos de métodos quantitativos descritivos e de métodos qualitativos descritivos-interpretativos para a coleta e a análise de dados. Busca-se constituir um conjunto de informações articuladas que possibilitem identificar os aspectos relacionados à disponibilidade e à oferta de médicos para os serviços de saúde, no período de 2008 a 2015, tomado como um corte temporal transversal.

O componente quantitativo do estudo tomou com referencial os conceitos e técnicas da epidemiologia descritiva, a partir do estudo da distribuição de indicadores da força de trabalho médica em relação aos fatores tempo, lugar e pessoa (ROUQUAYROL & SILVA, 2013).

Elegemos como modalidade de abordagem qualitativa o denominado estudo de caso. Segundo Yin, “o estudo de caso permite na investigação se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores” (YIN, 2005, p. 20).

Este tipo de estudo caracteriza-se como uma abordagem “que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 32). Para a coleta de dados e análise de resultados, este tipo de estudo baseia-se em várias fontes de evidência, fazendo com que haja a necessidade de submetê-las a uma “triangulação” de informações para obtenção de resultados sob diferentes perspectivas e complexidades. De acordo com o mesmo autor, este tipo de estudo se beneficia de um ou mais referenciais que embasem a coleta e a análise de dados.

Utilizamos, portanto, algumas técnicas de estudos quantitativos descritivos associadas a técnicas qualitativas de coleta de dados. O uso de técnicas combinadas

(quantitativas e qualitativas) permitiu suprir lacunas sob diferentes perspectivas e tornou mais completa a coleta de informações realizada em campo (VICTORA *et al.*, 2000).

Ainda quanto à utilização das abordagens quantitativas ou qualitativas, é importante assinalar que a abordagem quantitativa permite revelar os aspectos objetiváveis do fenômeno avaliado, possibilitando um conhecimento mais amplo e generalizável. Por sua vez, a abordagem qualitativa centra-se na compreensão de aspectos particulares do mesmo fenômeno, penetrando na especificidade do objeto, bem como possibilitando uma aproximação com os valores, as crenças, as representações, os hábitos, as atitudes e as opiniões (TANAKA & MELO, 2004; SERAPIONI, 2000).

Este estudo é um componente do projeto “Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no estado do Ceará: contexto, condicionantes, implementação e resultados”, vinculado ao Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, e apoiado pelo edital de 2012 do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS – REDE). Recebeu apoio também do Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento, do Trabalho e da Educação em Saúde, financiado pelo Projeto Pro-Ensino na Saúde, CAPES/Ministério da Saúde.

### **Cenário do estudo**

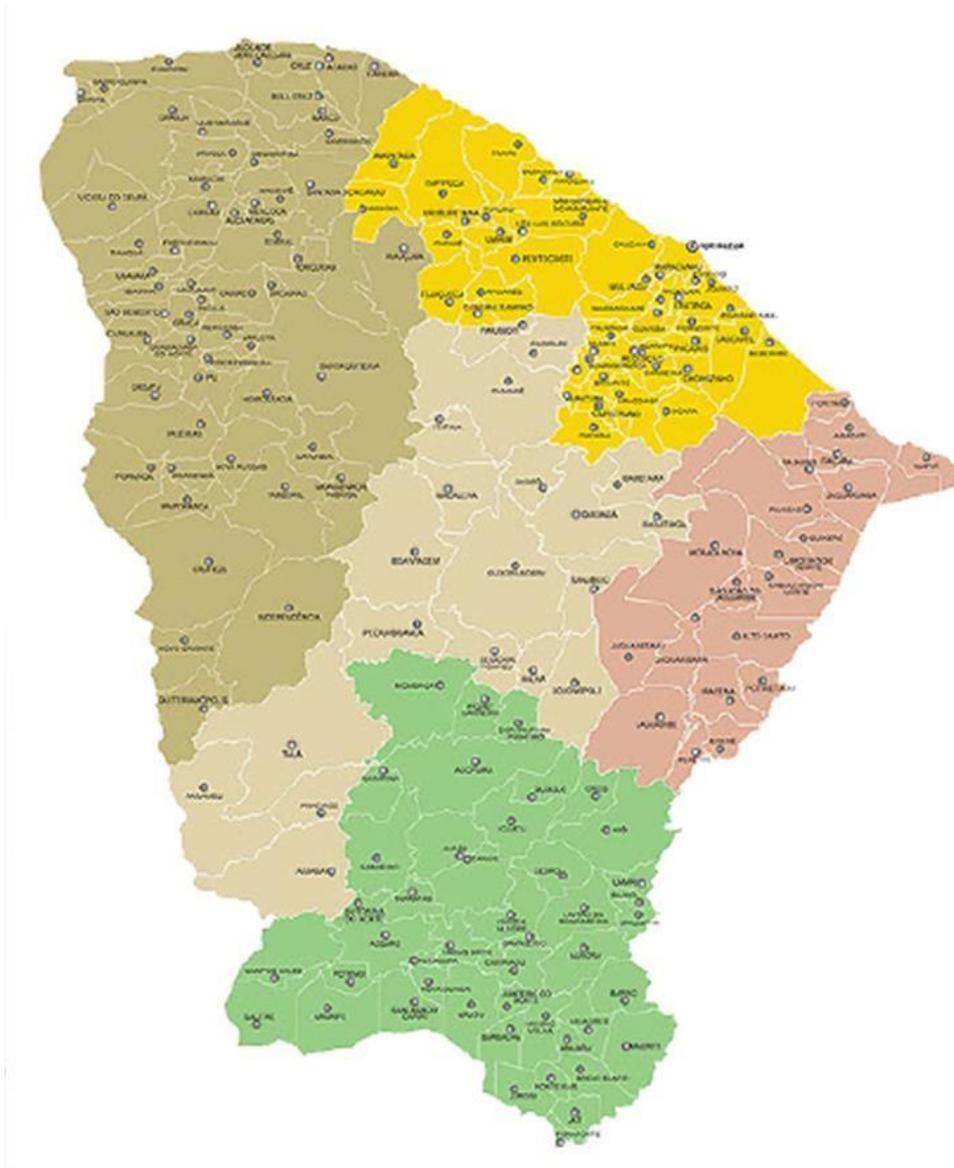
O estudo contemplou como campo de investigação o estado do Ceará, mais especificamente o Sistema Estadual de Saúde.

O estado do Ceará está localizado na região Nordeste do Brasil e apresenta população estimada, no ano de 2015, de 8.940.459 habitantes (BRASIL, 2015), conferindo ao território a oitava colocação entre as unidades federativas mais populosas. Na sua constituição, conta com 184 municípios, sendo que 29% da população concentram-se na capital, Fortaleza. Atualmente, é constituído por 22 regiões de saúde e 5 macrorregiões de saúde, como descrito no quadro 3 e representado nas figuras 2 e 3 (BRASIL, 2014c).

**Quadro 3. Macrorregiões e Regiões de Saúde – Estado do Ceará, 2014.**

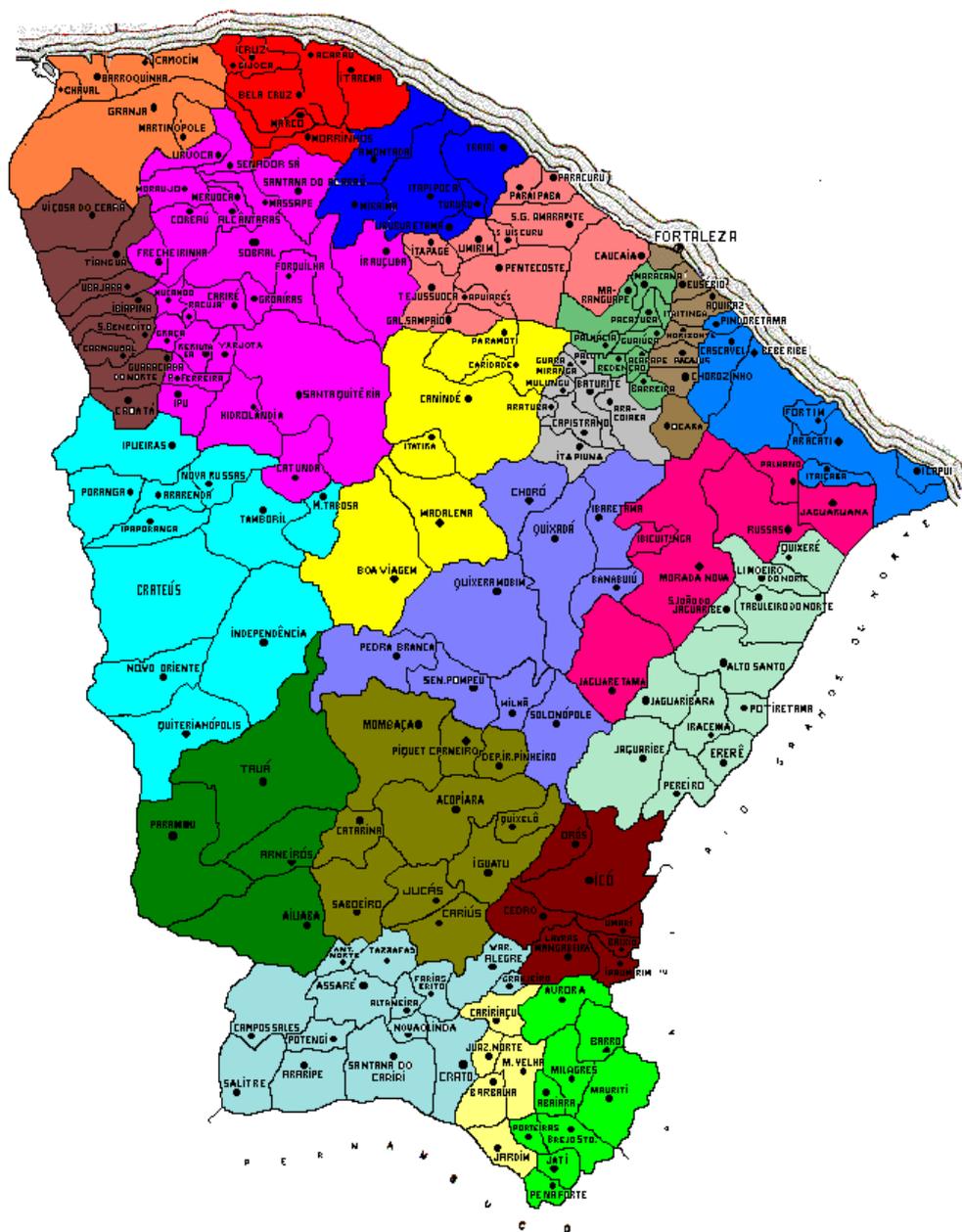
<b>REGIÕES</b>
<b>1ª MACRORREGIÃO DE FORTALEZA</b>
1ª REGIÃO – FORTALEZA
2ª REGIÃO – CAUCAIA
3ª REGIÃO – MARACANAÚ
4ª REGIÃO – BATURITÉ
6ª REGIÃO – ITAPIPOCA
22ª REGIÃO – CASCAVEL
<b>2ª MACRORREGIÃO DE SOBRAL</b>
11ª REGIÃO DE SOBRAL
12ª REGIÃO DE ACARAÚ
13ª REGIÃO DE TIANGUÁ
15ª REGIÃO DE CRATEÚS
16ª REGIÃO DE CAMOCIM
<b>3ª MACRORREGIÃO DO CARIRI</b>
17ª REGIÃO – ICÓ
18ª REGIÃO – IGUATU
19ª REGIÃO – BREJO SANTO
20ª REGIÃO – CRATO
21ª REGIÃO – JUAZEIRO DO NORTE
<b>4ª MACRORREGIÃO SERTÃO CENTRAL</b>
5ª REGIÃO – CANINDÉ
8ª REGIÃO – QUIXADÁ
14ª REGIÃO – TAUÁ
<b>5ª MACRORREGIÃO LITORAL LESTE/JAGUARIBE</b>
7ª REGIÃO ARACATI
9ª REGIÃO RUSSAS
10ª REGIÃO LIMOEIRO DO NORTE

Figura 2. Mapa das Macrorregiões de Saúde do estado do Ceará, 2014.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR) das Ações e Serviços de Saúde do Estado do Ceará, 2014.

Figura 3. Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES e municípios do estado do Ceará, 2014.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR) das Ações e Serviços de Saúde do Estado do Ceará, 2014.

## **Período do estudo**

O estudo se deu no período de janeiro de 2015 a maio 2016. A coleta de informações foi realizada no período de agosto de 2015 a maio de 2016.

## **Procedimentos técnicos para a construção das informações**

### *Componente qualitativo: entrevistas abertas e informantes-chaves*

Objetivando compreender os aspectos qualitativos do fenômeno, foram realizadas entrevistas abertas, tendo como informantes-chaves gestores e médicos especialistas (discriminados no item “informantes da pesquisa”), cujas singularidades em termos de posição funcional e de papel desempenhado no processo recomendavam a entrevista individual (PONTES *et al.*, 2012).

As entrevistas foram baseadas em roteiro elaborado pela pesquisadora, abordando questões que contemplam a dimensão da oferta de serviços e da formação. Referente à oferta de serviços, foram questionados sobre: a oferta de serviços, as especialidades médicas mais demandadas pelos serviços, as dificuldades para contratação de médicos especialistas, as especialidades mais difíceis de contratação, os motivos da dificuldade de contratação dos especialistas, os fatores que implicam na disponibilidade de médicos nas regiões e serviços de saúde. Quanto à formação, os informantes-chaves foram questionados sobre: a oferta de vagas nas residências, a regulação das vagas, as motivações dos médicos na escolha das especialidades, as especialidades mais requisitadas, entre outras questões relevantes a essa temática.

Todas as entrevistas foram gravadas e tiveram duração média entre 45 minutos e uma hora. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, após orientação e autorização do entrevistado, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

As fontes empíricas utilizadas para a construção das informações qualitativas deste estudo constituem-se em 13 informantes-chaves, assim distribuídos:

a) Um gestor de policlínica regional;

- b) Dois técnicos da central de regulação;
- c) Quatro gestores da SESA (sendo dois médicos e ex-secretários de saúde do estado);
- d) O presidente da Comissão Estadual de Residência Médica;
- e) Dois representantes (ambos conselheiros) do CREMEC;
- f) Dois professores e preceptores de Faculdade de Medicina, com atuação na Residência Médica (UFC);
- g) Um coordenador da Residência Médica/ESP.

#### *Organização e análise das informações qualitativas*

O processo de análise se deu com a transcrição das gravações e, posteriormente, com a organização e a interpretação das informações. Procedeu-se à leitura transversal das transcrições repetidas vezes, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do todo das narrativas, bem como a identificação das “unidades de significação”, expressas nos vários temas e dimensões presentes nas narrativas, e que constituíram o eixo da análise empreendido (UCHIMURA *et al.*, 2004).

Na sequência da leitura transversal, foram identificados os vários “temas” percebidos nas narrativas, então observados no contexto em que estão inseridos. A análise das informações foi estruturada, inicialmente, em torno de temas identificados como centrais. Após organizar os temas com as suas respectivas dimensões, foi observada a relação entre as narrativas, no que diz respeito aos temas e dimensões. A partir da organização e da análise das informações, deu-se início à interpretação das informações e à construção da “rede interpretativa” (MERCADO-MARTÍNEZ & BOSI, 2004).

Em relação à compreensão da “rede interpretativa”, é importante ressaltar que essa sistematização em torno de temas e dimensões “não expressa uma autonomia de cada tema (e de suas dimensões) em relação aos demais; trata-se, antes, de um recurso

de exposição que, na medida do possível, buscará revelar o entrelaçamento entre eles, daí a ideia de rede” (MERCADO-MARTÍNEZ & BOSI, 2004, p. 247).

Posteriormente, com base no referencial teórico construído e nas dimensões ou categorias analíticas que fundamentam o estudo, foi realizado um diálogo entre os planos empírico qualitativo e teórico.

### *Dimensões e temas do componente qualitativo*

Elegemos esquemas para representar as dimensões e temas do componente qualitativo de nosso estudo:

a) Esquema 1. Disponibilidade e fixação de médicos no Ceará.



Fonte: Elaboração própria da autora.

b) Esquema 2. Formação médica no estado do Ceará.



Fonte: Elaboração própria da autora.

c) Esquema 3. Implementação das RAS no Ceará.



Fonte: Elaboração própria da autora.

d) Esquema 4. Regulação do acesso à saúde.



Fonte: Elaboração própria da autora.

### 3.4.2. Componente quantitativo: bancos de dados

Objetivando a realização da investigação do perfil, da distribuição da força de trabalho médica e da situação da oferta e demanda de vagas em Programas de Residência Médica no estado do Ceará, foram utilizadas as bases de dados secundárias do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde – CNES/MS; do Conselho Federal de Medicina – CFM; do Conselho Regional de Medicina do Ceará – CREMEC; e do Sistema Unificado de Residências Médica do Ceará – SURCE.

#### A. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

O CNES\* é uma base de dados que “pretende abranger a totalidade de estabelecimentos de saúde no país, incluindo dados sobre área física, recursos humanos,

---

\* “[...] O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mantido pelo DATASUS, alimentado pelos gestores e empregadores, não registra a especialidade, mas a ocupação do médico. Há subnotificação, no CNES, de dados sobre médicos que atuam nas estruturas privadas. Desde sua implantação em 2003, o CNES adota a CBO (Classificação Brasileira de Ocupação, do Ministério do Trabalho e Emprego) para registrar a ocupação dos médicos. A característica do CNES para dados de médicos especialistas segue orientação do Ministério da Saúde: ‘A informação do CBO no CNES deve

equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares” (FAVERET, 2009, p 32). Considerada uma importante fonte de abrangência nacional para o planejamento, a regulação, a avaliação, o controle, a auditoria e o ensino/pesquisa na área da saúde. “É peça-chave para o desenvolvimento do Cartão Nacional de Saúde no país e para os demais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), direta ou indiretamente vinculados à atuação de prestadores de serviços de saúde no país” (FAVERET, 2009, p. 32).

Apesar de ser uma fonte abrangente em termos de cobertura e de informações, esta base de dados é questionável, especialmente pela falta de atualização das informações de profissionais que não prestam serviços ao SUS, por questões concernentes ao cadastramento para fins de faturamento. Isso representa um viés quanto às informações disponibilizadas. Entretanto, é a fonte de dados que possui obrigatoriedade de preenchimento por todos os prestadores de serviços em todo o país, quer sejam públicos ou privados (FAVERET, 2009).

Quanto aos recursos humanos, disponibiliza informações sobre as variáveis: vínculo com o estabelecimento de saúde, ocupação segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, tipo de atendimento prestado, tipo de vínculo com os serviços, horas trabalhadas, entre outras informações importantes para o estudo aqui apresentado.

Finalmente, ressaltamos que o registro no CNES, que se dá a partir da CBO do profissional, não significa necessariamente que o profissional tenha título de especialista, mas sim que atue na especialidade, de modo que o estudo não mensura médicos especialistas, mas vínculos entre médicos e especialidades (GIRARDI, 2012a).

#### *B. Procedimentos de coleta, armazenamento e organização do banco de dados do CNES*

Os dados referentes aos profissionais médicos foram obtidos no banco de dados do CNES da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Dizem respeito ao

---

observar do que o profissional se ocupa naquele estabelecimento de saúde. O CBO não é sinônimo de especialidade ou especialização’ (BRASIL, 2015e, p. 16) [...] O governo federal criou o Cadastro Nacional de Especialistas por meio do Decreto Federal 8.51611, de 10 de setembro de 2015, que pretende reunir: [...] informações relacionadas aos profissionais médicos com o objetivo de subsidiar os Ministérios da Saúde e da Educação na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional” (SCHEFFER *et al.*, 2015, p. 26).

registro dos vínculos dos profissionais médicos dos meses de dezembro de 2008 e dezembro de 2015. Foram obtidos em formato DBF, convertidos para CSV (*comma separated values*), e, em seguida, importados para o banco de dados PostgreSQL 9.5, através da ferramenta pgAdmin III.

Em relação aos dados da população, estes foram obtidos no site do IBGE, a partir da estimativa populacional referente aos anos de 2008 e 2015. Estavam em formato XLS, foram convertidos para CSV e importados para o banco de dados PostgreSQL 9.5 através da ferramenta pgAdmin III.

As variáveis utilizadas no estudo foram: código do CBO, número do CNS da unidade de saúde, descrição da ocupação, carga horária ambulatorial, carga horária hospitalar, carga horária outra, população da região de saúde, população do estado do Ceará, tipo de vínculo e subvínculo empregatício, código do tipo de prestador e descrição do tipo de prestador, a partir de scripts em *Structured Query Language* (SQL). A análise dos dados foi feita por frequências simples e cruzamento de até duas variáveis. As informações obtidas foram apresentadas em tabelas e quadros.

Com relação ao número de vínculos, observou-se o número de contratos de médicos com estabelecimento com CNES, uma CBO e uma carga horária. Considerou-se que o mesmo médico pode ter mais de um vínculo com CBOs diferentes no mesmo estabelecimento, e mais de um vínculo com a mesma CBO em estabelecimentos diferentes.

### *C. Conselho Federal de Medicina - CFM*

O Conselho Federal de Medicina (CFM) é um órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica. Ele tem atribuições, tais como o registro profissional do médico, a aplicação de sanções do Código de Ética Médica e adquiriu funções que atuam em prol da saúde da população e dos interesses da classe médica. Empenha-se em defender a boa prática médica, o exercício profissional ético e uma boa formação técnica e humanista, convicto de que a melhor defesa da medicina consiste na garantia de serviços médicos de qualidade para a população. Os dados utilizados desta base de dados foram o número de profissionais médicos

registrados no Conselho Federal de Medicina e o registro do número de médicos especialistas por especialidades.

#### *D. Seleção Unificada de Residências Médicas do Estado do Ceará - SURCE*

A Seleção Unificada de Residências Médicas do Estado do Ceará foi estabelecida em 2011, e tem como finalidade promover e coordenar os processos seletivos de residências médicas no estado. Foi criada no intuito de unificar o processo seletivo dos nove programas de residência vigentes no estado, estabelecendo diretrizes e normativas para o processo. Essa unificação possibilita que todos os candidatos classificados por ordem de desempenho preencham as vagas disponibilizadas pela CNRM, de modo que os melhores classificados tenham preferência na escolha pelo local de atuação. A SURCE constitui-se, assim, numa base de dados importante para acompanhamento da oferta e da demanda de vagas dos programas de residência médica do Ceará, como também para a avaliação do desempenho dos egressos dos cursos de medicina e dos médicos especialistas que têm interesse em fazer outra especialidade. Esse banco de dados foi incorporado à pesquisa para a quantificação do universo de residências do estado.

##### *3.4.2.1. Organização e apresentação das informações quantitativas*

O tratamento das informações quantitativas coletadas foi procedido com a digitalização e organização dos dados brutos em planilhas, e posteriormente em tabelas e quadros. Esta dimensão buscou contemplar a descrição da oferta de médicos especialistas em atuação em todo o estado, e sua distribuição por regiões de saúde, bem como compreender a disponibilidade e a fixação de médicos generalistas e das diferentes especialidades em relação aos serviços de saúde.

### **3.5. Considerações Éticas**

Adotamos no estudo a conduta ética pautada na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, no sentido de obtermos o consentimento informado, garantindo o

anonimato e a privacidade dos informantes (BRASIL, 2012d). As entrevistas só foram realizadas mediante a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A).

Dessa forma, quando da realização da transcrição das falas e dos arquivos eletrônicos, não houve identificação de pessoas. Privilegiou-se uma abordagem das narrativas sem autoria individualizada. Vários produtos podem ser gerados a partir do material que será produzido, incluindo informes técnicos, apresentação em fóruns científicos, dentre outros; em todos eles, uma vez inscritos como pesquisa avaliativa, devem ser estritamente seguidos os procedimentos que regulam a pesquisa em saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFC, com número de parecer 137.055.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Força de trabalho médica do estado do Ceará

#### *Perfil geral da disponibilidade de médicos no Ceará*

O estado do Ceará, segundo dados por nós analisados nos arquivos brutos do Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC), apresentava, em janeiro de 2016, um total de 12.319 médicos, sendo que 9.179 médicos (75%) estavam localizados na capital e 2.718 (22%), no interior do estado (e 422 ou 3% com residência em outros estados brasileiros). Observe-se a tabela 1.

**Tabela 1. Distribuição de médicos na capital e no interior, no estado do Ceará, 2016.**

LOCALIZAÇÃO	NÚMERO DE MÉDICOS	%	POPULAÇÃO (IBGE, 2015)	RAZÃO MÉDICOS/ POPULAÇÃO (POR 1000 HAB)
<b>CAPITAL</b>	9.179	75%	2.591.188	3,54
<b>INTERIOR</b>	2.718	22%	6.313.271	0,43
<b>OUTROS ESTADOS</b>	422	3%		
<b>TOTAL</b>	<b>12. 319</b>	<b>100%</b>	<b>8.904.459</b>	<b>1,38</b>

Fonte: Dados brutos coletados pela autora no cadastro de inscrição do CREMEC (jan/2016).

Em termos gerais, o número de 12.319 médicos, obtido do registro do CREMEC, representaria um dos indicadores de referência em relação ao total das ofertas desse profissional no estado, disponibilizados para a totalidade da população cearense, tanto da capital (75%) como do interior (25%) – denominada, a partir de agora por nós, como disponibilidade de médicos, ou seja, a disponibilidade total de médicos em termos quantitativos.

Tais dados correspondem a uma razão/índice de 1,38 médicos por mil habitantes para o estado como um todo, sendo que, na capital, seriam 3,54 médicos por mil habitantes, e, no interior, 0,43 médicos por mil habitantes, este último um valor 8 vezes menor, conforme mostrado na tabela anterior.

Comparativamente, de acordo com dados por nós extraídos de publicação do CFM (SCHEFFER *et al.*, 2015), podemos destacar alguns aspectos importantes entre diferentes realidades das regiões e estados brasileiros.

O Brasil contava, em 2015, com 399.692 médicos e uma população de 204.411.281 habitantes, o que corresponde à razão de 1,95 médicos por mil habitantes. A disponibilidade de médicos no Ceará situa-se, portanto, em um patamar inferior daquele observado para o país como um todo, numa cifra aproximadamente 1 vez e meia menor, ou 50% a menos do que o patamar médio nacional por mil habitantes.

Do mesmo modo, entre as diversas regiões do país, três apresentavam disponibilidade de médicos superior ao Ceará, a saber, a região Sudeste, com a maior razão médicos/habitantes, ou seja, 2,75 médicos por mil habitantes; seguida da região Centro-Oeste, com 2,20 médicos por mil habitantes; e da região Sul, com 2,18 médicos por mil habitantes.

Apenas as regiões Norte, com 1,09 médicos por mil habitantes, e a Nordeste, com 1,3 médicos por mil habitantes, apresentam-se, ambas, com disponibilidade de médicos abaixo da razão nacional e da razão do Ceará, em termos de médicos por mil habitantes.

Em relação aos estados brasileiros, destacam-se, como os de maiores razões de médicos por mil habitantes: o Distrito Federal, com 4,28 médicos por mil habitantes; seguido do estado do Rio de Janeiro, com razão de 3,75; de São Paulo, com razão de 2,7; e o Espírito Santo, com 2,24 médicos por mil habitantes.

Na mesma linha comparativa, representando elevados padrões de disponibilidade de médicos em relação à população, alguns dados internacionais mostram que países como o Canadá e os Estados Unidos têm entre 2 a 2,5 médicos por mil habitantes; Cuba tem 6,4 médicos por mil habitantes; a Argentina tem 4,1 médicos

por mil habitantes; o Uruguai tem 4,8 médicos por mil habitantes; Portugal tem 3,8 médicos por mil habitantes; e a China tem 1,4 por mil habitantes (SIMÕES, 2011).

Analisando em conjunto as razões entre médicos disponíveis em diversas realidades (acima referenciadas) e a disponibilidade de médicos no estado do Ceará, mostramos no Quadro 4 (A e B) os diversos patamares ou níveis relativos da disponibilidade de médicos em relação à população:

**Quadro 4. (A) Razão médicos/1000 hab. superior à do estado do Ceará**

N	Local	Rn = médicos / mil hab.	Relação: Rn /1,38 (Razão/Ce = 1,38 médicos/mil hab.)	% maior do que a Rn do Ceará
<b>BRASIL E REGIÕES DO BRASIL</b>				
1	Brasil	1,95	1,41 vezes	41% maior
2	Região Sul	2,18	1,58 vezes	58% maior
3	Região Centro-Oeste	2,20	1,59 vezes	59% maior
4	Região Sudeste	2,75	1,99 vezes	99% maior
<b>ESTADOS BRASILEIROS SELECIONADOS</b>				
5	Espírito Santo	2,24	1,62 vezes	62% maior
6	São Paulo	2,7	3,46 vezes	246% maior
7	Rio de Janeiro	3,75	2,72 vezes	172% maior
8	Distrito Federal	4,28	3,10 vezes	210% maior
<b>PAÍSES SELECIONADOS</b>				
9	China	1,4	1,02 vezes	2% maior
10	Canadá	2	1,45 vezes	45% maior
11	Estados Unidos	2,5	1,81 vezes	81% maior
12	Portugal	3,8	2,75 vezes	175% maior
13	Argentina	4,1	2,97 vezes	197% maior
14	Uruguai	4,8	3,48 vezes	248% maior
15	Cuba	6,4	4,64 vezes	364% maior

**Quadro 4. (B) Razão médicos/1000 hab. inferior à do estado do Ceará**

16	Região Nordeste	R5 = 1,3	1,06 vezes	6% menor
17	Região Norte	R6 = 1,09	1,27 vezes	27% menor

Como podemos observar no Quadro 4 (A e B), países como Cuba, Uruguai, Argentina e Portugal apresentam níveis de disponibilidade de médicos (expressas pela razão número de médicos por mil habitantes) de aproximadamente 3 a 5 vezes maior do que a disponibilidade do Ceará (ou, um percentual de médicos por mil habitantes de 175% a 364 % maior do que aquele observado no Ceará). Estados Unidos e Canadá

situam-se no patamar de 1,5 a 2 vezes maior (ou de 45% a 81% a mais); enquanto que a China apresenta patamar equivalente ao do Ceará, com apenas 2% a mais (ou 1,02 vezes maior).

Do mesmo modo, entre as unidades da federação brasileira selecionadas (Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e o Distrito Federal), a disponibilidade de médicos por mil habitantes situa-se no patamar de 2 a 4 vezes maior do que aquela do Ceará (de 62% a 210% a mais). Já entre as regiões brasileiras com maiores patamares de disponibilidade de médicos, a variação observada em relação ao Ceará é de 1,5 a 2 vezes maior (58 a 99% a mais), equivalente ao verificado em relação aos Estados Unidos da América e ao Canadá.

Podemos concluir da análise da disponibilidade de médicos (expressa pela razão entre profissionais médicos e a população total) que o estado do Ceará ocupa um patamar muito baixo, se comparado com regiões mais desenvolvidas do planeta, ou mesmo com as regiões mais ricas do Brasil, ficando acima, em termos nacionais, apenas dos níveis verificados nas regiões Norte e Nordeste, aquelas de menor nível sócio- econômico.

*Perfil geral da disponibilidade de médicos especialistas no Ceará*

Observe-se a tabela a seguir:

**Tabela 2. Distribuição de Médicos especialistas Brasil e Ceará, segundo dados do estudo da Demografia de Médica no Brasil, 2015.**

ESPECIALIDADES	Nº MÉDICOS BRASIL	%	Nº MÉDICOS CEARÁ	%	Relação
ACUPUNTURA	3.193	0,93	77	0,88	1.05-
ALERGIA E IMUNOLOGIA	1.466	0,43	17	0,19	2.26 -
ANESTESIOLOGIA	20.808	6,11	656	7,51	1.23 +
ANGIOLOGIA	1.637	0,48	23	0,26	1,84 -
CANCEROLOGIA	3.410	1,00	120	1,37	1,37 +
CARDIOLOGIA	13.420	3,94	317	3,63	1,08 -
CIRURGIA	2.220	0,65	50	0,57	1,14 -
CARDIOVASCULAR CIRURGIA DE MÃO	585	0,17	5	0,05	3,4 -

CIRURGIA DE CABECA E PESCOÇO	920	0,26	37	0,42	1,61 +
CIRURGIA APARELHO DIGESTIVO	2.352	0,69	28	0,32	2,1 -
CIRURGIA GERAL	20.200	5,93	805	9,22	1,55 +
CIRURGIA PEDIÁTRICA	1.288	0,37	27	0,30	1,23 -
CIRURGIA PLÁSTICA	5.631	1,65	136	1,55	1,06 -
CIRURGIA TORÁCICA	913	0,26	19	0,21	1,23 -
CIRURGIA VASCULAR	3.541	1,04	161	1,84	1,75 +
CLÍNICA MÉDICA	35.060	10,29	1.161	13,3	1,29 +
COLOPROCTOLOGIA	1.710	0,50	40	0,45	1,11 -
DERMATOLOGIA	6.883	2,02	161	1,84	1,2-
ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA	4.306	1,26	118	1,35	1,07 +
ENDOSCOPIA	2.631	0,77	96	1,10	1,42 +
GASTROENTEROLOGIA	4.375	1,28	104	1,19	1,07 -
GENÉTICA MÉDICA	241	0,07	4	0,04	1,75 -
GERIATRIA	1.405	0,41	33	0,37	1,11 -
GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	28.280	8,30	733	8,40	1,01 +
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	2.348	0,68	63	0,72	1,05 +
HOMEOPATIA	2.505	0,73	18	0,20	3,65 -
INFECTOLOGIA	3.220	0,95	70	0,80	1,18 -
MASTOLOGIA	1.813	0,53	60	0,68	1,28 +
MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	4.022	1,18	180	2,06	1,75 +
MEDICINA DO TRABALHO	13.343	3,91	121	1,38	2,83 -
MEDICINA DE TRAFEGO	3.612	1,06	31	0,35	3,03 -
MEDICINA ESPORTIVA	783	0,22	16	0,16	0,63 -
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	806	0,23	10	0,11	2,09 -
MEDICINA INTENSIVA	5.112	1,50	109	1,24	1,21 -
MEDICINA LEGAL	900	0,26	26	0,29	1,11 +
MEDICINA NUCLEAR	792	0,23	15	0,17	2,09 -
MEDICINA PREVENTIVA SOCIAL	1.700	0,49	43	0,49	1
NEFROLOGIA	3.813	1,11	100	1,14	1,03 +
NEUROCIRURGIA	2.875	0,84	53	0,60	1,4 -
NEUROLOGIA	4.362	1,28	118	1,35	1,05 +
NUTROLOGIA	1.536	0,45	14	0,16	2,81 -
OFTALMOLOGIA	11.763	3,45	333	3,81	1,10 +
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13.147	3,27	288	3,30	1,01 +
OTORRINOLARINGOLOGIA	5.703	1,67	161	1,84	1,10 +

PATOLOGIA	3.162	0,92	97	1,11	0,12 +
PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL	1.600	0,46	62	0,71	1,54 +
PEDIATRIA	34.637	10,1	931	10,6	1,05 +
PNEUMOLOGIA	3.253	0,95	96	1,10	1,16 +
PSIQUIATRIA	9.010	2,64	226	2,58	1,02 -
RADIOLOGIA E DIAG. POR IMAGEM	9.672	2,84	243	2,78	1,02 -
RADIOTERAPIA	610	0,01	15	0,17	17 +
REUMATOLOGIA	2.053	0,60	50	0,57	1,05 -
UROLOGIA	4.791	1,40	110	1,26	1,11 -
<b>TOTAL DE ESPECIALISTAS</b>	<b>340.467</b>		<b>8.726</b>	<b>2,56</b>	

FONTE: Dados extraídos do estudo de Demografia Médica no Brasil, 2015.

Visualizamos, conforme mostrado na Tabela 2, que, em geral, não existem grandes diferenças entre as proporções de médicos especialistas no Brasil e no Ceará. Tanto no estado quanto no país, a quase totalidade das especialidades médicas estudadas apresenta números proporcionais.

As exceções podem ser verificadas. No Ceará, há uma maior disponibilidade, por exemplo, das especialidades de cirurgia geral (com uma disponibilidade 1,5 vezes maior no Ceará, ou 50%), de clínica médica (com uma disponibilidade 1,29 vezes maior no Ceará, ou 29%), de medicina de família e comunidade (com uma disponibilidade 1,75 vezes maior no Ceará, ou 75%) e de radioterapia (com uma disponibilidade 17 vezes maior no Ceará, ou 170%).

Inversamente, nas especialidades de alergologia (com uma disponibilidade 2,26 vezes menor no Ceará, ou 126%), de angiologia (com uma disponibilidade 1,84 vezes menor no Ceará, ou 84%), de cirurgia de mão (com uma disponibilidade 3,4 vezes menor no Ceará, ou 240%), de cirurgia do aparelho digestivo (com uma disponibilidade 2,1 vezes menor no Ceará, ou 110%), de dermatologia (com uma disponibilidade 1,2 vezes menor no Ceará, ou 20%), de homeopatia (com uma disponibilidade 3,65 vezes menor no Ceará, ou 265%), de medicina do trabalho (com uma disponibilidade 2,83 vezes menor no Ceará, ou 183%), de medicina do tráfego (com uma disponibilidade 3,03 vezes menor no Ceará, ou 203%) e de nutrologia (com uma disponibilidade 2,81

vezes menor no Ceará, ou 181%), essas proporções apresentam-se inferiores no Ceará em relação àquelas observadas no Brasil.

#### *Disponibilidade de médicos em relação ao vínculo com o CNES*

Foram utilizados como fonte de dados, neste tópico, os arquivos brutos por nós obtidos no banco de dados do SCNES disponibilizados pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA. Ressaltamos que a diferença entre os dados do SCNES e os do CREMEC, como se observará, se deve ao fato de que o primeiro representa um cadastro de vínculos de trabalho com maior participação dos serviços de saúde, de alguma forma articulados com o SUS (público ou conveniado). Por consequência, há aí uma menor participação dos serviços assistenciais exclusivamente da rede privada, não componentes do sistema público (além de problemas de alimentação e atualização de dados).

Desse modo, destacamos que nem todos os médicos que atuam no serviço privado, em faculdades ou exercem outras atividades fora da saúde têm obrigatoriedade de estarem cadastrados no SCNES, mas todos, obrigatoriamente, devem estar registrados em Conselhos Regionais e Federais de Medicina.

Já os dados do CREMEC correspondem à totalidade de médicos obrigatoriamente registrados no órgão de fiscalização da profissão, independentemente de sua vinculação com os serviços públicos ou privados. Portanto, os dados do SCNES constituem-se em um conjunto de indicadores mais apropriados para estudar a disponibilidade de médicos na esfera dos serviços públicos de saúde e conveniados, e não para a representação da totalidade de médicos disponíveis para o estado, como seria o banco de dados do CREMEC, como se verá a seguir.

A Tabela 3 mostra a disponibilidade de médicos a partir do banco de dados do SCNES no estado do Ceará em 2015(dezembro).

**Tabela 3. Disponibilidade de médicos segundo o CNES no estado do Ceará, 2015.**

<b>LOCALIZAÇÃO</b>	<b>NÚMERO DE MÉDICOS COM VÍNCULOS EXCLUSIVOS</b>	<b>%</b>	<b>POPULAÇÃO (IBGE, 2015)</b>	<b>RAZÃO MÉDICOS/POPULAÇÃO (POR 1000 HAB.)</b>
CAPITAL	5.038	48%	2.591.188	2,5
INTERIOR	3.976	38%	6.313.271	0,85
AMBOS	1.451	14%	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>10.465</b>	<b>100%</b>	<b>8.904.459</b>	<b>1,17</b>

Fonte: Dados brutos coletados pela autora no cadastro do SCNES (dez/2015). Estimativa populacional IBGE, 2015.

Os dados calculados a partir do Sistema de Cadastro Nacional de Serviços de Saúde – SCNES (em dezembro de 2015) mostram que o estado do Ceará possuía um total de 10.465 médicos cadastrados (com CPF distintos, e pelo menos um vínculo com a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO) atuando em todo o estado.

Deste total, 5.038 médicos (48%) possuíam vínculo profissional exclusivamente na capital e 3.976 apenas no interior (38%), sendo que 1.451 profissionais (14%) atuavam tanto na capital como no interior do estado.

Pelo SCNES, o Ceará apresenta uma disponibilidade de profissionais (expressa pela razão médicos/hab.) de 1,17 médicos por mil habitantes. Na capital do estado, esse índice é de 2,5 e no interior, 0,85 médicos por mil habitantes.

Verificamos a existência de maior disponibilidade de vínculos de profissionais médicos nos municípios polos de maior desenvolvimento econômico, além daqueles que constituem polos educacionais (com universidades e faculdades com cursos na área da saúde) e, também naqueles considerados polos em assistência médico-hospitalar, conforme apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4. Disponibilidade do número de médicos por Região de Saúde do Ceará, dez/2015.**

Região de Saúde (CIR)	Total de médicos	%	Estimativa Populacional IBGE, 2015	Razão de médicos por 1.000 habitantes
1ª Região Fortaleza	6.684	64	2.758.572	2,42
2ª Região Caucaia	611	5,8	607.125	1,00
3ª Região Maracanaú	705	6,7	528.435	1,33
4ª Região Baturité	185	1,8	137.894	1,34
5ª Região Canindé	167	1,6	203.895	0,81
6ª Região Itapipoca	215	2,1	291.215	0,73
7ª Região Aracati	125	1,2	115.752	1,07
8ª Região Quixadá	263	2,5	319.600	0,82
9ª Região Russas	184	1,8	197.596	0,93
10ª Região Limoeiro do Norte	193	1,8	223.878	0,86
11ª Região Sobral	739	7,1	638.065	1,16
12ª Região Acaraú	179	1,7	224.703	0,79
13ª Região Tianguá	251	2,4	311.344	0,80
14ª Região Tauá	107	1,0	113.762	0,94
15ª Região Crateús	222	2,1	296.137	0,75
16ª Região Camocim	84	0,8	155.024	0,54
17ª Região Icó	146	1,4	171.156	0,85
18ª Região Iguatu	279	2,7	318.115	0,87
19ª Região Brejo Santo	220	2,1	212.395	1,03
20ª Região Crato	384	3,7	342.211	1,12
21ª Região Juazeiro do Norte	767	7,3	418.541	1,83
22ª Região Cascavel	328	3,1	319.044	1,02
<b>Total de médicos</b>	<b>10.465</b>		<b>8.904.459</b>	<b>1,17</b>

Fonte: Dados brutos coletados pela autora no banco de dados do CNES da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (dez/2015).

Observamos que existem três regiões de saúde do Ceará que, em conjunto, apresentam cerca de 80% do número total de vínculos médicos do estado. Correspondem às regiões que possuem maior quantidade de médicos e são, também, as regiões sede de macrorregiões de saúde da RAS do Ceará, quais sejam: Fortaleza, com 6.684 vínculos médicos (67%); Juazeiro do Norte, com 767 vínculos (7,3%); e Sobral, com 739 (7,1%). Nestas regiões de saúde está localizada a maior concentração de serviços de saúde de referência do estado.

Na região metropolitana, particularmente, destacam-se, com maior disponibilidade de médicos, as regiões de saúde de Maracanaú e de Caucaia, com 705 vínculos (6,7%) e 611vínculos médicos (5,8%) respectivamente.

Apesar da razão média de vínculos médicos por mil habitantes ser de 0,85 no interior do estado, conforme mostrado na Tabela 1, nas cidades polos e nos municípios da região metropolitana, observa-se uma razão de médicos por habitantes superior e/ou semelhante à da capital, como é o caso do município de Barbalha, que apresenta de 5,1 médicos por mil habitantes, superior à Fortaleza. Eusébio, com 2,6 médicos por mil habitantes, e Sobral, com 1,7 médicos por mil habitantes, apresentam razões bem maiores do que a média do Estado. As menores razões foram observadas nas regiões de Camocim, Itapipoca e Crateús, respectivamente com 0,54, 0,73 e 0,75 médicos por mil habitantes.

A Tabela 5 representa a distribuição de médicos segundo vinculação SUS e Não SUS – sendo considerados SUS todos os serviços públicos, em associação aos da rede conveniada, complementar ao SUS. O Não SUS considera os médicos vinculados exclusivamente aos serviços da rede privada não conveniada ao SUS.

**Tabela 5. Número vínculos médicos SUS e não SUS no Ceará (dez/2015).**

<b>TIPO DE VÍNCULO DE MÉDICOS</b>	<b>NÚMERO DE MÉDICOS COM PELO MENOS 1 VÍNCULO</b>	<b>NÚMERO DE MÉDICOS COM VÍNCULOS EXCLUSIVOS</b>	<b>%</b>
<b>SUS</b>	9.234	5.998	57%
<b>NÃO SUS</b>	4.467	1.231	12%
<b>AMBOS</b>		3.236	31%
<b>TOTAL</b>		<b>10.465</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados brutos coletados pela autora no banco de dados do CNES, Ceará (dez/2015).

Com base na tabela, observa-se que, do total de 10.465 médicos cadastrados por CPF no SCNES, 5.998 (57%) possuem vínculos exclusivamente com o SUS, 1.231 (12%) não possuem vínculo com o SUS e que 3.236 (31%) possuem vínculos tanto com o SUS quanto com o Não SUS.

Verificamos que a maior vinculação de médicos no SCNES é com o serviço exclusivamente prestado ao SUS, e também é possível perceber uma grande parcela (31%) de médicos vinculada em ambos os prestadores de serviços de saúde, o que

significa dizer que, segundo os dados, a população que é atendida pelo SUS dispõe do maior número de médicos.

Segundo a Agência Nacional Suplementar – ANS, em março de 2016, no Ceará, cerca de 20% da população (1.780.892 habitantes) são beneficiários de planos de saúde privados, e os demais 80% (7.123.567 habitantes) dispõem, exclusivamente, da oferta de ações e serviços do SUS (BRASIL, 2016b).

Desse modo, infere-se hipoteticamente que, se considerarmos os 9.234 médicos com pelo menos 1 vínculo com o SUS, temos, segundo os dados do CNES, uma razão de 1,03 médicos por mil habitantes disponíveis para a população total do Ceará (8.904.459 habitantes), por meio do SUS.

Com relação à população beneficiária de planos de saúde privados, os dados do CNES mostram uma disponibilidade total de 4.467 médicos, com pelo menos um vínculo profissional com a rede Não SUS, correspondendo a uma razão de 2,5 médicos por mil habitantes cobertos por planos de saúde privados. Isso sugere que essa parcela da população (1.780.892 habitantes ou 20%) conta com maior disponibilidade de médicos se comparada à população coberta pelo SUS.

Considerando a possibilidade da existência de viés relativo à subnotificação em relação às informações sobre o cadastro de médicos vinculados aos serviços Não SUS disponíveis no CNES, supomos que a diferença na disponibilidade de médicos em favor da população que utiliza serviços Não SUS pode ser de patamar ainda mais elevado.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos tipos ou categorias de vínculos médicos em relação aos estabelecimentos públicos de saúde. Um médico pode ter mais de um vínculo em diferentes tipos de estabelecimentos, assim como variados tipos de vínculo empregatício, simultaneamente na capital e no interior.

**Tabela 6. Distribuição de vínculos médicos em estabelecimentos públicos no Ceará por tipo de vínculo, Dezembro de 2015.**

Tipos/categoria de vínculo	Dezembro 2015			
	Capital		Interior	
	Quantidade	% Total	Quantidade	% Total
Vínculo Empregatício	5.194	89,38	6.055	84,93
Autônomo	41	0,71	33	0,46
Cooperativa	20	0,34	22	0,31
Residência	498	8,57	19	0,27
Bolsa	17	0,29	982	13,77
Outros	41	0,71	18	0,25
<b>Total</b>	<b>5.811</b>		<b>7.129</b>	

Fonte: Dados brutos coletados pela autora no banco de dados do CNES da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (dez/2015).

Observamos que a vinculação através da categoria “vínculo empregatício” constitui cerca de 90% dos vínculos médicos da capital e cerca de 85% destes vínculos no interior do estado, divididos em diversas sub-categorias, como se verá adiante.

As vinculações na categoria de “bolsa” representam o segundo maior percentual, com 13,77% no interior e 0,71% na capital, correspondendo, provavelmente, ao PMM e ao PROVAB. Em terceira posição, está o vínculo “residência médica”, com 8,57% na capital e 0,27% no interior, certamente pelo fato de a capital concentrar o maior número de vagas de residências médicas no estado.

Na Tabela 7, é apresentada a distribuição dos subtipos verificados no principal tipo de vinculação médica do Estado, correspondendo à denominada categoria “vínculo empregatício”.

**Tabela 7. Distribuição de vínculos médicos empregatícios em estabelecimentos públicos na capital e no interior do Ceará, por tipo de vínculo empregatício.**

Subtipos de vínculo empregatício	Capital	%	Interior	%
Estatutário efetivo	3.389	65,25	867	14,32
Empregado público celetista	825	15,88	343	5,66
Cargo comissionado	6	0,12	181	2,99
Contrato temporário	838	16,13	4.537	74,93
Não se aplica	136	2,62	127	2,10
<b>Total</b>	<b>5.194</b>		<b>6.055</b>	

Fonte: Dados brutos coletados pela autora no banco de dados do CNES da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (dez/2015).

Observamos que o subtipo de vinculação “estatutário efetivo” predomina na capital, com o percentual de 65,25% dos vínculos médicos; enquanto que, no interior, em contrapartida, esse percentual reduz-se para 14,32%.

Já no interior, predomina com destaque o subtipo de vinculação “contrato temporário”, com um percentual de 74,93% do total de vínculos médicos, enquanto na capital, esse percentual é de 16,13%.

Destacamos que o subtipo de vínculo denominado “empregado público celetista” apresenta uma baixa proporção, tanto na capital como no interior, respectivamente 15,88% e 5,66% (Tabela 7).

Podemos concluir que no interior ocorre maior fragilidade na vinculação dos profissionais médicos, havendo predominância de um maior percentual de vínculos por contrato temporário, fator que contribui negativamente para a fixação destes profissionais, gerando vazios assistenciais e acentuando a rotatividade médica, o que interfere na continuidade das ações de saúde para a população, conforme será aprofundado na dimensão qualitativa deste estudo.

#### *Análise preliminar da implementação do PROEXMAES*

Como discutido anteriormente na revisão de literatura, no estado do Ceará, houve uma expansão da Rede de Atenção à Saúde especializada através da implementação do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde (PROEXMAES), que tem contribuído para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, e fortalecido a integração entre os distintos níveis de atenção em todas as regiões de saúde do interior do estado (CEARÁ, 2009).

A Tabela 8 apresenta o número total de vínculos de médicos em estabelecimentos públicos e privados que atendem ao SUS no Ceará, em dois momentos distintos: antes (2008) e depois (2015) da implementação do Programa de PROEXMAES. Chamamos a atenção que, nesta análise, o médico pode ter mais de um vínculo em diferentes tipos de estabelecimentos, e também, simultaneamente, na capital e no interior.

**Tabela 8. Disponibilidade de postos de trabalho de médicos no Ceará, na capital e no interior, antes e após PROEXMAES.**

Indicador/Fonte	Postos de Trabalho Capital			Postos de Trabalho Interior		
	Vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde	2008	2015	Variação %	2008	2015
Total de vínculos em estabelecimento público	5.634	6.141	9,00	5.545	7.169	29,29
Total de vínculos em estabelecimentos privados contratados pelo SUS	2.725	2.817	3,38	3.037	2.839	-6,52

Fonte: Dados brutos coletados pela autora no banco de dados do CNES da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (dez/2015).

Fazendo uma análise, no período de dezembro de 2008 e dezembro de 2015, observamos que, na capital, houve um aumento de 9% no número de “vínculos médicos” nos estabelecimentos públicos; e que, no interior, no mesmo período, este aumento percentual foi bem mais expressivo, de 29,29%, ou seja, cerca de três vezes superior ao da capital.

Quanto aos serviços privados contratados pelo SUS, estudando a variação no mesmo período, verificamos que, na capital, houve um incremento de 3,38% nos “vínculos médicos”, enquanto que no interior tal variação foi negativa (-6,52%), havendo, portanto, redução dos vínculos registrados.

Esta variação na disponibilidade de “vínculos médicos” observada poderia, por hipótese, ser decorrente do aumento de ofertas de postos de trabalho em serviços públicos do interior, geradas pela implementação do PROEXMAES durante este período. Ao mesmo tempo, a implementação de tais serviços públicos seria uma das explicações mais plausíveis para a redução concomitante do número de vínculos nos estabelecimentos privados contratados pelo SUS no interior do estado.

Observamos, pela Tabela 8, que o número de “vínculos médicos” em estabelecimentos públicos é maior no interior do estado do que na Capital. No ano de 2015, o interior possuía 1.028 vínculos médicos a mais que a capital em estabelecimentos públicos. Provavelmente, este aumento no número de vínculos médicos no interior está relacionado ao provimento de médicos por meio do programa Mais Médicos, a partir do ano de 2013.

## **Disponibilidade e fixação de profissionais médicos no estado do Ceará, segundo a percepção dos informantes-chaves do estudo.**

O Ceará, segundo as narrativas estudadas, apresenta uma maior concentração e fixação da força de trabalho médica na capital do estado, Fortaleza, que é seguida pelos municípios sede da macrorregião do Cariri e da macrorregião de Sobral, dois importantes polos econômicos regionais do estado.

Os municípios do interior, exceto aqueles polos de maior desenvolvimento econômico e social, sofrem grandes restrições quanto à atração e à captação de quadros profissionais, tanto de generalistas como de especialistas, devido às condições desfavoráveis em termos de infraestrutura assistencial e da distância dos maiores centros urbanos.

Neste aspecto, em geral, os gestores reconhecem a grande dificuldade de atração de profissionais médicos para as regiões mais distantes da área de influência representada pela Grande Fortaleza, inclusive nas regiões polo, em se tratando de especialistas, fato repetidamente evidenciado quando da realização de concursos públicos na rede assistencial de serviços.

*A maioria dos médicos se concentra em Fortaleza e nas regionais do interior, de grande porte, no Cariri, Sobral. (E3)*

*[...] quando você faz uma seleção pública e se vai trabalhar em Maracanaú, Caucaia, Aracati, Pacajús, Baturité que são locais mais próximos a Fortaleza, você consegue bem mais rápido em função da distância. (E7)*

*[...] as dificuldades dos municípios todos: tem poucos profissionais que queiram ir para o interior e que queiram se estabelecer no interior, as condições de muitos municípios não favorecem. (E6)*

Sobre este aspecto, referindo-se à situação nacional, Girardi afirma que regiões economicamente menos desenvolvidas do interior de estados com grandes territórios têm maior dificuldade para fixar e atrair profissionais médicos, apresentando sempre as menores razões de médicos por habitante (GIRARDI, 2010).

Existe, portanto, a constatação de uma grande diferença qualitativa (e também quantitativa, conforme mostrado em tópico anterior) na concentração e na fixação de

médicos entre diferentes territórios. Isto permite dizer que os espaços territoriais do interior do estado, que possuem menor desenvolvimento sócio econômico, apresentam grande dificuldade de fixação de profissionais médicos e, conseqüentemente, apresentam menor oferta de ações e serviços de saúde, dificultando tanto a consolidação e a qualificação da Atenção Básica, como a implementação das RAS.

Mesmo quando existe a disponibilidade financeira por parte da administração municipal, não se constituindo isso num fator limitante, ocorre uma enorme restrição na fixação de médicos de forma permanente, particularmente em regime de tempo integral (40 horas) ou de dedicação exclusiva.

*A gente vê polos bem diferenciados, os centrais têm maior concentração populacional e de renda, com mais médicos gerais e, conseqüentemente, médicos especialistas. (E1)*

*Mas a dificuldade dos municípios é essa, não tem dinheiro para compor a equipe [...]. (E6)*

*[...] muitas vezes, tem até dinheiro para pagar, mas não encontrava no mercado profissionais que quisessem morar, trabalhar 40 horas, tempo integral, dedicação exclusiva. (E6)*

Percebemos que, além das características econômicas, sociais e culturais, existem outros fatores que atuam como condicionantes e determinantes da dificuldade de contratação e de permanência de médicos em áreas de maior necessidade e dificuldade de fixação.

A inexistência de concursos públicos e de carreira dentro do SUS também representa importante obstáculo para a fixação profissional, e constitui um fator de precarização da vinculação dos profissionais de saúde. Representantes de entidades médicas têm defendido a realização de concursos e a criação de planos de cargo e carreira de Estado como caminho para a fixação efetiva de médicos, por garantir os direitos trabalhistas, possibilitar a mudança de local de atuação (do interior aos grandes centros) e melhorias nas remunerações.

Segundo narrativas, a criação da carreira de Estado tem sido proposta por meio de uma lei semelhante à da carreira do judiciário. Ocorrendo a aprovação e a implementação desta lei, espera-se uma maior fixação profissional.

*Vamos cair de novo na história do plano de cargos e carreiras. Tem que haver um incentivo para um melhor salário, fidelizando aquele profissional especialista das regiões com garantias de que um dia ele pode sair de lá para um local melhor. Como é feito na justiça em vários outros locais, concurso, o benefício é para esse local, com garantias de estabilidade no emprego. (E1)*

*Aqui no Ceará, no estado, nós estamos há anos sem haver concurso, lutamos para que haja concurso. [...] acho que seria a única maneira de fixar um médico no interior seria essa. (E2)*

*Até hoje a gente discute isso, quais as causas dessa concentração de médicos aqui. [...] a gente está com a lei semelhante à lei dos juízes, ou seja, o médico ter possibilidade na sua vida pública de mudar de espaço e centros maiores [...] se essa lei realmente for aprovada, aí sim, nós teremos a fixação do médico [...] agora com um salário igual a um juiz, com salário igual a de um promotor, isso é que a gente quer [...] é a única maneira, não tem outro jeito. (E2)*

*São poucos que fazem sua formação pensando em ir para o serviço público, até porque não tem uma política de adesão para isso, de fixação desses profissionais em seus empregos [...]. (E10)*

Tem-se discutido há um longo tempo a criação de uma carreira de estado, semelhante às carreiras do setor judiciário, com a possibilidade de mobilidade geográfica, de forma a garantir uma relação de trabalho mais estável e com remuneração mais adequada (WHO, 2006; COSTA LIMA, 2013; SEIXAS, 2015). Sobre a carreira de estado para profissionais médicos, Costa Lima propõe que:

*Se impedimentos legais e burocráticos fossem resolvidos, a carreira de estado poderia ser viabilizada com financiamento federal, coordenação estadual sobre a distribuição da força de trabalho e gestão municipal direta sobre essa força de trabalho. Não restrita a médicos, se iniciaria pela atenção básica e deveria estar apoiada por todas as funções de regulação próprias de sistemas de serviços de saúde, com provimento de infraestrutura e condições de trabalho adequadas à resolubilidade esperada. (COSTA LIMA, 2013, p. 156)*

Nesse sentido, é importante pensar estratégias de como garantir a fixação desses profissionais no serviço público, que é aquele que possui uma maior demanda de saúde. Outras ações seriam: estimular e cobrar a realização de concursos públicos, estabelecer e cumprir pisos salariais, além de intervenções nos processos trabalhistas e nos ambientes de trabalho, de forma a torná-los apropriados à prática profissional adequada e satisfatória para a qualidade da atenção à saúde da população e para o profissional comprometido.

Quanto à questão salarial, para muitos desses profissionais, os valores ofertados pela gestão municipal não são compensatórios, fazendo com que os médicos venham a ter uma multiplicidade de vínculos empregatícios em vários serviços, numa diversidade de municípios, expondo-se a elevada carga horária de trabalho.

*[...] um salário de 10 mil ou 8 mil reais para médico é pouco. Eles querem ganhar muito mais que isso. Acho que não chega nem a isso, o salário com 20h, não sei dizer exatamente quanto é, mas acho que não chega a isso. (E4)*

*[...] onde paga um bom salário tem especialista. (E2)*

*[...] quando se forma vai atuar no consultório, no plantão, vai a outro município, tem muito trabalho. A carga é muito alta de trabalho, tem vários estudos que falam isso, só que é mecanizado. (E3)*

*Ninguém quer trabalhar sem tecnologia nem ganhar pouco e não dá para ter 4 ou 5 empregos. (E1)*

*Quando têm vínculos fragilizados, vão ocupando espaços com consultório, plantão e outras coisas. (E3)*

A esse respeito, Campos pontua que a questão salarial, articulada com a realização de concursos públicos e com carreira de estado, além de proporcionarem boa remuneração, são caminhos para a garantia da presença e fixação profissional, bem como para uma maior vinculação com os serviços (CAMPOS, 2009).

Pierantoni acrescenta que salários mais atrativos e a possibilidade de atuação liberal em consultórios particulares, além do grande número de oportunidades de empregos médicos, também aumentam a chance da rotatividade desses profissionais nos serviços (PIERANTONI, 2010).

A vinculação múltipla apresentada como forma de alcançar remuneração satisfatória pode trazer prejuízos à prestação de assistência à saúde, especialmente do ponto de vista do envolvimento dos profissionais com os serviços, pois estes, muitas vezes, se encontram excessivamente atarefados, comprometendo a qualidade de sua atuação, afetando a vida de pacientes.

A sobrecarga de trabalho também traz malefícios à qualidade de vida desse trabalhador pelo estresse e pelo cansaço aos quais está se expondo (SALES, 2011).

É reconhecida a alta rotatividade dos profissionais de saúde nos municípios do interior do estado, decorrente tanto da competição remunerativa entre os diversos municípios, na tentativa de atração do profissional médico, como da desarticulação das equipes municipais quando da mudança de gestão sempre que ocorrem as eleições municipais.

As narrativas apontam a existência de disputas entre gestores por profissionais médicos, através da oferta de maiores salários e melhores acordos para a prestação dos serviços. Assim, obtém-se maior adesão do profissional de saúde, acentuando o problema da rotatividade médica.

Com a criação do programa Mais Médicos, esse quadro, na atenção básica, mudou, uma vez que o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade pelo recrutamento e contratação de médicos para as equipes de saúde da família, o que os municípios não conseguiam fazer. Agora, grande parte dos municípios brasileiros conta com médicos atuando 32hs por semana na ESF de maneira mais estável.

Além de promover o provimento de médicos em lugares de escassez e de difícil fixação profissional, o PMM também tem influenciado na rotatividade médica, pois:

*A política do programa Mais Médicos tem elementos importantes: colocar médicos onde não existia, claramente um benefício à população, que há cinco anos não tinha médico e hoje tem. Diminuindo um pouco a lógica perversa de disputa entre gestores que ofertavam mais ou menos dias trabalhados, então isso garantiu que o médico permanecesse, pelo menos as 32 horas de assistência no município, pelo menos um ano ou três anos com o Mais Médicos. (E3)*

*Existia uma guerra entre os municípios [...]. (E6)*

*[...] agora com o Mais Médicos, apesar de todas as críticas que possa se fazer, na parte de médicos melhorou muito. (E6)*

*Mudar isso precisava do Mais Médicos, mas não muda só com o Mais Médicos não. (E12)*

Segundo Maciel Filho e Panini, em todo o país, a precariedade das formas de contratação na AB, que se apresenta mais elevada nas regiões menos desenvolvidas, é um fator adicional que desestimula os médicos a atuar na AB dessas áreas,

potencializando a rotatividade e prejudicando a própria oferta de serviços médicos da AB para a população que nelas reside (MACIEL FILHO, 2007; PANINI, 2012).

Em estudos anteriores ao Programa Mais Médicos, pesquisadores relatavam que a precarização de vínculos trabalhistas, por meio de contratos temporários, assim como a questão salarial, as elevadas cargas horárias de trabalho e a infraestrutura precária dos serviços de saúde eram alguns dos motivos que favoreciam a alta rotatividade de médicos nos serviços de saúde (DAL POZ, 2002; GIRARDI, 2012; CARVALHO, 2003; CAMPOS, 2008; STANCATO & ZILLI, 2010).

Neste contexto, verificamos os primeiros impactos da política estatal por meio do programa Mais Médicos, que já vem sendo mencionada como fator que muda a realidade da escassez de médicos e contribui para minorar as dificuldades de fixação desses profissionais em áreas de menor desenvolvimento sócio-econômico, até então marcadas pela alta rotatividade médica.

Estudos iniciais mostram que o programa levou para mais de 4 mil municípios do país o número de médicos que foi demandado pelos gestores. Com isso, já é possível ver um aumento do acesso à saúde pela população, visto que houve um aumento de 33% no número de consultas e de 32% no número de visitas domiciliares, com um grande incremento de ações para AB (BRASIL, 2015c; SANTOS *et al.*, 2015).

Outra política importante que tem influenciado positivamente na fixação de médicos nos municípios do interior do estado, especificamente na Estratégia Saúde da Família, é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, que, além de promover a qualificação da assistência à saúde por meio de reformas de infraestrutura, traz propostas de valorização profissional como incentivo à melhoria da qualidade das ações prestadas e do alcance de metas.

*Melhorou um pouco com vários programas de reformas de unidades básicas de saúde de apoio, inclusive para os municípios que melhoraram a qualidade da sua assistência na atenção básica, o PMAQ foram criados para aumentar um pouco o incentivo à qualidade [...]. (E6)*

O PMAQ também objetiva:

[...] a valorização de todos os trabalhadores da atenção básica, por intermédio do fomento à implantação de instrumentos de democratização e contratualização nos processos de trabalho, com possível vinculação de incentivos financeiros ou outras formas de incentivo relacionadas ao desempenho, resultados sanitários, educação permanente e de esforço para o desenvolvimento profissional (BRASIL, 2011a).

Diante disso, percebemos que essas políticas (PMAQ e PMM) têm se mostrado positivas para maior fixação e valorização profissional nas diferentes regiões que possuem demandas de médicos no país.

É preocupante a influência dos interesses da política partidária local, que fragiliza ainda mais a baixa adesão dos médicos aos serviços públicos de saúde, desfavorecendo a fixação profissional, mesmo quando da existência de vínculo empregatício efetivo. Isso mostra a precariedade das garantias trabalhistas dos servidores, que ficam à mercê do jogo político, que parece não medir os impactos negativos de tais ações para o acesso à saúde da população.

*A maioria dos empregos médicos, mesmo com provimentos, é muito dependente da prefeitura, da política local. (E1)*

*[...] se você é concursado, é contratado e aí depende do político que está lá. (E1)*

*Você ter garantia da fixação à dependência da política partidária, principalmente, é muito complicado para o profissional na saúde. (E1)*

*Ele não tem garantia nenhuma, nem vínculo mais definitivo. (E1)*

Para Filho, o pagamento de altas remunerações não resolve a rotatividade médica, pois os municípios com os maiores salários são os que têm apresentado maior rotatividade. O autor supõe que a justificativa para isso é que os gestores municipais, como forma de garantir a adesão de médicos nos municípios, têm ofertado maiores salários a fim de compensar os problemas de gestão, de vínculo precário e das suscetibilidades (inconstâncias) da política partidária (FILHO, 2012).

Em um estudo de Costa Lima, dentre as reclamações de médicos, gestores e representantes da classe médica, quando interrogados sobre dificuldades e obstáculos que poderiam ser superados para a interiorização do trabalho médico, foram apontados:

“a insegurança no trabalho, a falta de vínculo trabalhista, o excesso de trabalho e a dificuldade de se manter atualizado, além da interferência política de caráter eleitoreiro” (COSTA LIMA, 2013, p. 135).

Destacamos também, como fator implicante na fixação profissional, a vinculação dos médicos em setores público, privado e conveniado simultaneamente.

Os serviços privados e conveniados são a principal escolha de médicos, por considerá-los uma melhor fonte de emprego, com maior fixação e garantias frente à vinculação no setor público, que, para alguns, chega a ser tratado como vinculação secundária, “bico”.

Contudo, observamos que a vinculação com o público muitas vezes é procurada por proporcionar mais estabilidade e maior qualificação profissional, em consequência da grande oferta de serviços e da complexidade de casos clínicos e da expertise do quadro profissional. Porém, verificamos maior disponibilidade para a assistência privada, avaliada como espaço mais rentável financeiramente. Desse modo, a vinculação com o SUS vem sendo fragilizada diante das compensações mercadológicas do setor privado.

*A maioria dos estudantes se prepara para ir a consultórios, serviços privados ou conveniados. Essa é a melhor fonte de emprego, porque há uma fixação maior com maior garantia. (E1)*

*Eles têm algum vínculo com o público, mas eles não querem aumentar esse vínculo com o público. (E10)*

*Eles querem manter aquele pequeno vínculo com o público, mas eles querem ter uma disponibilidade maior para a assistência privada. (E10)*

*Se eu tenho outro espaço para ganhar dinheiro melhor eu não vou vir pro SUS. (E12)*

*Então eu acho que o próprio estado acabou fortalecendo essa lógica perversa, que hoje a gente está vivendo em relação aos profissionais médicos. Que o SUS é “bico”. (E12)*

Segundo estudos de Perpétuo e Seixas, a rotatividade do médico é justificada pela falta de uma política nacional de recursos humanos, o que acaba favorecendo a precariedade dos vínculos trabalhistas, as péssimas condições de trabalho e a

competição entre prestadores de serviços públicos e privados por esses profissionais (PERPÉTUO, 2009; SEIXAS, 2011).

Os médicos geralmente ocupam mais de um posto de trabalho no SUS, e boa parte dos que trabalham no setor público compartilha sua jornada com consultório particular ou com o setor privado (GIRARDI, 2012a).

Diante disso, compreendemos que a disponibilidade relativa de médicos nos serviços de saúde é marcada pela rotatividade profissional, entendida tanto do ponto de vista de vinculação temporária (ora está em um serviço ou município, ora migra para outro serviço ou município), como do ponto de vista da mobilidade profissional (movimentação do profissional em serviços e municípios diferentes, com vinculação simultânea ou paralela).

#### *Mobilidade de profissionais médicos e acesso à saúde*

Explorando o fenômeno da mobilidade profissional, estudos apontam como ela se apresenta na prática médica: os tipos de movimentos que marcam essa prática, os fatores que estimulam e direcionam essa movimentação, além da compreensão sobre sua implicação quanto ao acesso à saúde (COSTA LIMA, 2013; SEIXAS, 2015).

Gomes, ao estudar a movimentação de médicos na sua atuação profissional, entende a mobilidade do trabalho como uma espécie de fenômeno que promove o deslocamento espacial, setorial e profissional de trabalhadores com o intuito de o capital explorar a força de trabalho e acumular excedente econômico (GOMES, 2009).

Para Seixas, é muito presente a movimentação de médicos em cidades da região metropolitana, na sua maioria, em movimento diário, sem a fixação de moradia nos locais de prestação de serviço. Esta movimentação também ocorre com deslocamento desses profissionais entre estados vizinhos. O mesmo autor denomina essa movimentação de “circularidade médica”, entendida como a diversidade de vínculos exercida ao longo de um ano em determinada região ou regiões de saúde, com caracterização de movimentação de profissionais médicos entre diferentes serviços, municípios, estados e países (SEIXAS, 2015).

Verificamos que, no estado do Ceará, há uma grande movimentação intermunicipal de médicos, principalmente entre municípios da região metropolitana e sedes de macrorregiões de saúde, que apresentam maior número de médicos e especialidades médicas.

Esta movimentação caracteriza-se como um movimento diário para prestação de serviço especializado. Vale ressaltar que também é grande o movimento entre vários municípios do interior do estado, o que se explica tanto pela carência desses profissionais, ou mesmo, pela indisponibilidade de médicos com residência fixa nessas regiões.

*Algumas das redes funcionam muito bem. São municípios com poder aquisitivo melhor, principalmente em zonas portuárias e industriais, como Maracanaú, São Gonçalo do Amarante, Caucaia, onde têm especialidades, não muito do local, mas especialista que vai ali, fica um dia e volta. (E1)*

*É um especialista que consegue atuar em vários locais diferentes. Vai para Maracanaú na segunda, Caucaia na terça, como especialista de cardiologia, traumatologia e algumas especialidades, como neurologia. (E1)*

*A própria psiquiatria nos CAPS, você não vê psiquiatra em todos os CAPS. CAPS que tem psiquiatra que vai uma vez por mês. O que é que um psiquiatra vai fazer em um “canto” uma vez por mês? (E2)*

Scheffer afirma que as regiões metropolitanas vivem situação semelhante, com médicos trabalhando e residindo em cidades vizinhas – geralmente morando na capital e atendendo nos municípios da região metropolitana. Isso reflete o poder de atração de médicos nessas regiões, com maior facilidade de contratação e melhor negociação para a prática médica (SCHEFFER, 2013).

Observamos que, apesar da existência de serviços com instalações físicas e tecnológicas adequadas, ainda se tem dificuldade de fixação de médicos, fazendo com que se utilize de outros mecanismos para garantir a oferta de serviços. No caso, um bom exemplo seria o fluxo de médicos de Fortaleza para Sobral, que tem como objetivo viabilizar o funcionamento do hospital especializado de referência regional que, há mais de 3 anos, encontra-se operante e dependente dessa movimentação profissional.

*Mas hoje nós vemos estruturas muito boas construídas no interior do estado e que não tem médicos para trabalhar lá. [...]. (E10)*

*Então assim, nós conhecemos realidades de hospitais em cidades grandes daqui do estado onde os profissionais são levados de Fortaleza para dar plantão lá, porque lá na cidade não tem pessoas que estejam dispostas, acessíveis, disponíveis para prestar essa assistência lá. E a estrutura é boa, a estrutura é excelente. (E10)*

No estado, houve um importante incremento de serviços especializados, com a implementação das policlínicas e dos hospitais regionais (a partir do ano de 2009), que contam com muitos recursos tecnológicos em aparelhagem e infraestrutura de maior complexidade.

Essa ampliação dos serviços de saúde especializados induziu a uma maior mobilidade médica, pois demandou deslocamento de médicos especialistas para as regiões de saúde do estado, antes desprovidas de tais recursos. Notadamente, esse movimento tem sido caracterizado como um fluxo diário de profissionais residentes em outros municípios para prestação de serviço, sem promover a atração permanente do profissional.

Tais movimentos tornam difícil o detalhamento da quantidade de médicos por municípios, já que o profissional pode residir em um município e trabalhar em outro, ou atender em duas ou mais localidades.

A indisponibilidade de profissionais médicos para ocupar diversos postos de trabalho existentes em vários desses serviços especializados (policlínicas e hospitais regionais) tem como consequência a ausência de oferta de serviços à população de algumas regiões do estado ou a subutilização destes.

A mobilidade médica interestadual de caráter cíclico, ou seja, a vinda de médicos de estados vizinhos periodicamente, como também de estados mais distantes para a prestação de serviços, sem fixação no Ceará, tem ocorrido nas especialidades de maior carência, como pode ser exemplificado pela neonatologia.

*Temos profissionais que vem do Piauí, de Mossoró [...]. (E5)*

*Nós tivemos em hospitais polo no interior a unidade de neonatologia, aonde vinha médico lá do Paraná para dar plantão 15 dias um e 15 dias outro, duas profissionais viajando se revezando para suprir. (E9)*

Neste sentido, Seixas reconhece que essas movimentações, por ele denominadas de “circularidade médica”, são responsáveis por promover a ampliação de acesso em regiões desprovidas de profissionais fixos. A composição entre profissionais estáveis (fixos), em geral mais concentrados nos maiores centros, e profissionais circulantes, que atuam em municípios menores, determinam a disponibilidade de médicos para as regiões (SEIXAS, 2015).

Concluimos, em síntese, que tal mobilidade ou circularidade médica, ao mesmo tempo em que tenta equacionar, de certa forma, a carência assistencial em serviços ou regiões de saúde, acaba, por outro lado, impedindo a integralidade das ações de saúde, visto que a prestação de serviços torna-se fragmentada e o cuidado descontínuo, especialmente para determinadas demandas de saúde que requerem ações regulares com intervenções (individuais e coletivas), a fim de acompanhar a evolução do plano terapêutico e das intervenções na qualidade de vida dos pacientes.

#### *Disponibilidade de médicos especialistas do estado do Ceará*

Quando se trata da disponibilidade de médicos especialistas, o cenário se repete, sendo a capital o lugar onde há maior concentração e diversidade de especialistas, também justificada pela maior concentração de unidades de saúde especializadas.

Verificamos que a dificuldade de alocar médicos especialistas para atuarem no interior do estado é, de certo modo, mais acentuada do que a dificuldade de alocar generalistas, visto que algumas especialidades demandam um suporte tecnológico inexistente “nos sertões”.

*Há uma grande concentração de especialistas nas capitais. (E1)*

*[...] na capital, porque aqui tem muito mais médico e quase nenhum especialista no interior, a não ser nos polos centrais: Juazeiro, Crato, Barbalha – com vários especialistas – e Sobral. (E1)*

*Fora isso, nas outras unidades municipais quase não tem. (E1)*

*O problema é que o pessoal quer ficar na capital com a história das possibilidades de trabalho. (E1)*

*Ninguém quer trabalhar onde não tem tecnologia. (E1)*

*Se é especialista que demanda tecnologia não quer atender lá no interior. (E1)*

No panorama brasileiro, 59% dos médicos têm título de especialista, sendo que, desse percentual, 71,63% se concentram nas regiões Sul e Sudeste, 15,92%, na região Nordeste, 8,7%, na região Centro-Oeste e 3,7%, na região Norte, acompanhando o número de médicos de maneira geral (especialistas e generalistas) (SCHEFFER *et al.*, 2015). Uma análise realizada em um estudo do Ministério da Saúde evidencia que a distribuição de médicos especialistas no país apresenta graves desequilíbrios regionais na oferta, sinalizando para uma situação de suboferta ou escassez de médicos em algumas especialidades nas diversas regiões do país (BRASIL, 2008).

Observamos uma mudança na disponibilidade e no acesso aos serviços especializados, com a ampliação de redes de serviços especializados, via implementação do PROEXMAES, a partir do qual se deu a criação de novos postos de trabalho para médicos especialistas em 19 regiões de saúde e em 2 hospitais regionais de nível terciário.

Segundo fontes documentais da SESA, as especialidades ofertadas foram definidas a partir do perfil epidemiológico regional. As especialidades médicas priorizadas para as policlínicas foram: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Gastroenterologia, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gineco-obstetrícia, Traumatologia, Urologia, Endocrinologia, Neurologia, Angiologia e Radiologia. Além dessas especialidades previstas originalmente no projeto, observa-se nestes serviços a presença das especialidades: Dermatologia, Anestesiologia e Pediatria (CEARÁ, 2011b).

Para os hospitais, foram previstas as seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Gastroenterologia, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Gineco-obstetrícia, Traumatologia, Nefrologia, Pneumologia, Neurologia e Angiologia, no Hospital Regional do Cariri; Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácico-vascular, CTBMF, Gastroenterologia, Mastologia, Neonatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria,

Psiquiatria, Gineco-obstetrícia, Traumato-ortopedia, Nefrologia, Neurologia e Angiologia, para o Hospital Regional Norte.

A garantia da oferta destes profissionais nos serviços encontra alguns desafios, como a escassez de médicos especialistas e o baixo interesse em fixar residências nessas regiões, onde há pouquíssimos especialistas.

*Hoje nós temos aqui no Hospital Albert Sabin 27 especialidades pediátricas, mas faltam pediatras generalistas no interior do estado. (E8)*

*Mesmo aqui nas unidades de saúde de Fortaleza, se você procurar nos 90 centros de saúde de Fortaleza, nem aí tinha psiquiatra [...] lá 3 CAPS, uma residência terapêutica, mas não tinha um psiquiatra morando na cidade. (E8)*

*Já forma um número muito bom de profissionais especialistas da área de gineco-obstetrícia. Agora, estão muito mal distribuídos. (E1)*

A remuneração ofertada por estes serviços aos médicos especialistas é inferior às expectativas desses profissionais. Outra questão que tem implicado na pouca disponibilidade de especialistas nas regiões do interior do estado é a distância que estas regiões de saúde têm da capital, como já afirmaram outros estudos (GIRARDI, 2009; RIBEIRO, 2011).

No entanto, a boa estrutura física dos novos serviços tem funcionado como um fator atrativo para muitos médicos, favorecendo a disponibilidade desses profissionais.

*Ele tem que ser valorizado por isso, pelo trabalho, pela organização, então tem mecanismos que poderiam ser feitos e infelizmente, falando em ser humano, mais especificamente de um médico, a parte mais sensível é o bolso. Um dos fatores que atraem esses profissionais é o bolso, então tem que se pensar numa remuneração para mudar. (E3)*

*Uma coisa é um médico aqui de Fortaleza fazer a seleção ou o concurso para ir à policlínica de Caucaia, por exemplo, região metropolitana. Mas Icó, Tauá é complicado. Eles vão ter praticamente que morar lá, não sei se é por conta disso. (E4)*

*É bom a política ser voltada para uma melhor distribuição do especialista, em termos de beneficiamento, não só financeiro, mas ter uma unidade boa para trabalhar é o atrativo. (E1)*

*Então, se a gente pensar nas estruturas de serviço de saúde que foram criadas no estado, há uma grande dificuldade de ocupar esses cargos,*

*tanto pela questão mercadológica, talvez não seja atrativa pelos profissionais, quanto pelas questões regionais. (E3)*

Um estudo de Girardi encontrou como respostas mais relevantes aos fatores que levariam o médico a se fixar em seu local de trabalho: salário/remuneração, condição de trabalho, qualidade de vida, ambiente seguro/sem violência, possibilidade de aperfeiçoamento e especialização, plano de carreira e reconhecimento profissional. Os fatores salário/remuneração e condição de trabalho foram citados por mais de 50% dos profissionais (GIRARDI, 2012a).

Apesar de o Ceará apresentar um número significativo de médicos especialistas, tanto do ponto de vista quantitativo, quanto qualitativo, há deficiências e até mesmo falta na oferta de algumas especialidades médicas para atuação nos serviços públicos de saúde. Realidade observada tanto na capital, onde se localizam os principais hospitais de referência do estado, como no interior do estado, que sofreu ampliação da rede especializada. Isso tem comprometido o processo de regionalização da saúde.

O reconhecimento da carência de médicos especialistas é evidenciado por parte dos gestores, porém, há uma dificuldade em identificar, com clareza, quais as reais necessidades, em números de especialistas, para atender as demandas de saúde da população, o que pode representar falta de regulação da atuação médica.

*Mas há uma carência muito grande de especialistas na rede, mesmo na capital. A carência de médicos na rede pública é pior e, de especialistas, a carência é maior ainda. (E1)*

*[...] no Ceará existem indivíduos especialistas qualificados em número bastante suficiente para atender a população. (E11)*

*Então, no tocante à existência dos especialistas, isso existe, hoje o Ceará qualitativamente dispõe de um potencial muito grande em relação ao fator qualitativo dos profissionais que tem aqui. (E11)*

*No entanto, existe uma falha grande nos sistemas de registros para saber exatamente quantos especialistas têm por cada área e quantos seriam necessários para cada área. (E11)*

As contradições geradas pelo avanço nas instalações físicas e de equipamentos surgem em variadas situações. Os municípios sede de policlínicas, por exemplo, onde já existem equipamentos radiológicos e ultrassonográficos modernos, deparam-se com a

pouca oferta de médicos radiologistas, o que pode acarretar a subutilização de equipamentos e, com isso, a baixa oferta de exames.

*E a gente está tendo esse problema hoje no Ceará, uma subutilização de toda a Rede que foi montada, está lá pronta pra funcionar, por não ter equipes pra poder colocar pra funcionar. (E9)*

*Nós tivemos as construções das policlínicas, 21 policlínicas, uma boa estrutura física, uma boa quantidade de equipamentos, todos eles com mamógrafos, muitos com tomógrafos, exames cardiológicos que você pode fazer, mas a presença do especialista é muito pequena. (E9)*

*[...] radiologista em um hospital como o HGF entre residentes e radiologistas tem algo em torno de 56, se não me falhe a memória 54 profissionais. Só o HGF tem 54 radiologistas trabalhando. (E9)*

*Então se eu monto uma central e a decisão gerencial é colocar pra que ele faça pra todo o estado, eu já tenho a capacidade feita. Monta uma escala de 24 horas [...]. (E9)*

*A central de laudação ela diminuiria essa deficiência de especialistas em radiologia da parte de imagem, porque é facilmente executável e aliviaria um problema sério. (E9)*

No caso, para compensar, mesmo que em parte, a pouca disponibilidade de médicos radiologistas para atuarem nos novos serviços regionalizados no interior do estado, existe a proposta de criação de uma central de laudação, em um serviço de referência em Fortaleza, que concentra o maior número desses profissionais, a fim de atender a demanda de exames radiológicos, já que Fortaleza concentra o maior número desses profissionais. Esta proposta está prevista no PROEXMAES e ainda aguarda implementação.

Outro fator que tem colaborado para a pouca disponibilidade de especialistas para atuarem nos novos serviços públicos do estado (policlínicas e hospitais regionais) está relacionado à dificuldade de contratar estes profissionais com salários de 4 mil reais, para a carga horária de 20h de prestação de serviço. Apesar dessa dificuldade, os gestores desses serviços têm feito articulações com médicos especialistas como estratégia de garantir, mesmo que de forma insuficiente, a presença desses profissionais e, assim, disponibilizar a oferta de serviços especializados:

*Vamos botar 13 especialidades, 11 especialidades pra as policlínicas 1 e 2 e vamos colocar 40 horas, mas não tem pessoal para fazer 40 horas nessas unidades de trabalho, não tem. E aí começa a*

*dificuldade, como a gente não tem a gente acaba fazendo as adaptações. (E9)*

*E o ajuste é assim: vai dar um plantão por semana, vai lá e passa dois dias e assim a gente vai montando dentro daquilo que se tem hoje. (E9)*

*Você tem normalmente um cardiologista um dia por semana, um pediatra um dia por semana, um ginecologista um dia por semana. (E8)*

*A primeira dificuldade que tive foi de contratar um médico 20hs no interior, quem é o médico que vai dar 20hs no interior. (E5)*

*Então não tem profissional especialista, aí fizemos acordos com esses profissionais de tipo: você vai fazer tantos procedimentos e vai ganhar esse salário, não quero saber quais os dias mais esses procedimentos. (E5)*

*Os salários dos médicos vão em torno de 4 mil reais por 20 h, mas não dão horas, eles têm um acordo com a gente de procedimentos. Vínculo é celetista... horário, só médico, mas todos os outros tem acordos, mas não como os médicos. (E5)*

Existem algumas estratégias de negociação com os profissionais, mudando o regime de trabalho, de baseado na carga horária, para o estabelecimento de metas quantitativas de procedimentos e consultas realizadas; ou a incorporação de outros regimes de trabalho, como o plantão, para alcançar as expectativas de remuneração dos especialistas.

Em virtude da indisponibilidade de força de trabalho médica, a mudança do perfil da oferta de serviços também é utilizada como estratégia para garantir a oferta de serviços médicos especializados, mesmo que não seja nas áreas de maior necessidade e interesse estabelecidas no programa de expansão.

*Apesar do grande esforço do governo do estado, da secretaria de saúde para construir e botar para funcionar essas policlínicas, apesar de algumas estarem desenhadas para receber determinadas especialidades, não conseguiram avançar por não haver o especialista ou porque não tinha atrativo suficiente para esses especialistas irem para lá. (E4)*

*O Hospital Regional do Cariri era pra ser um hospital mais ou menos no modelo do Instituto Dr. Jose Frota pra que os traumas daquela região não viessem pra Fortaleza, mas não se conseguiu montar uma equipe de neurocirurgião por falta de capacidade, não tinha gente para formar escala. (E9)*

*[...] tira o perfil que foi planejado pra aquela unidade por falta do recurso humano especializado, não se fecha a escala. (E9)*

Tais fatos nos fazem refletir que, mesmo com a estruturação de unidades especializadas no interior do estado, não foi possível implementar efetivamente a regionalização da oferta de assistência médica especializada. Isto faz com que as demandas de determinadas especialidades, como a de neurocirurgia, continuem sendo direcionadas para atendimento na capital do estado.

*Necessita de médicos, que o atendimento seja feito lá e não caminhe para cá. (E13)*

*O atendimento continua caminhando para cá. Essa solução aí é outra, mais informal, de levar o médico para atender na policlínica e no hospital regional ou polo. (E13)*

*[...] os médicos não estão assumindo os postos de saúde na atenção secundária, nas policlínicas ou nos hospitais regionais, prejudicando a rede assistencial. (E3)*

Tal realidade interfere no processo de regionalização da saúde e, conseqüentemente, no acesso às ações e aos serviços de saúde, já que, com concentração maior de especialistas na capital, os fluxos dos pacientes são orientados na direção interior-capital. Isso acaba gerando filas intermináveis, com longo tempo de espera, e pacientes que não conseguem atendimento.

Os serviços hospitalares da capital também enfrentam problemas na ocupação de postos de trabalho de médicos especialistas.

Observamos que a falta de profissionais especialistas, associada à falta de vínculos seguros, à priorização de certos campos de atuação, considerados mais rentáveis e de menor nível de risco pelos profissionais, à disputa entre serviços públicos e privados, além de outros fatores, têm agravado o problema da disponibilidade de médicos especialistas para atuarem nas áreas de maior necessidade do sistema de saúde.

*Às vezes, a escala diz que tem, quando, na realidade, na prática, não tem. (E4)*

*Então eu posso dizer, por exemplo, na ginecologia e obstetrícia nós formamos 42 ginecologistas e obstetras por ano aqui no Ceará e nós*

*temos uma dificuldade tremenda de fechar escala em sala de parto por exemplo. (E10)*

*Então nós temos muitas escalas e nossas escalas não são completadas nem quando se coloca para se pagar mais um plantão. (E10)*

*[...] o fato de que há muito tempo a gente não tem concurso, seleção para esse tipo de profissional. (E10)*

*Então nós temos no serviço público um número reduzido de especialistas trabalhando hoje, nós temos mais vagas do que pessoas trabalhando, mas só que essas vagas não estão sendo oferecidas em concurso. (E10)*

As narrativas dos informantes-chaves a respeito da escassez existente nas especialidades de dermatologia, gineco-obstetrícia e clínica médica demonstram que as escolhas de especialidades por parte dos médicos nem sempre têm correspondido às demandas geradas pelo perfil epidemiológico da população do estado e pela configuração de sua RAS.

Constatamos que, apesar da disponibilidade de gineco-obstetras ser considerada relativamente adequada, na maioria dos municípios e regiões de saúde, a escolha pela atuação em áreas subespecializadas e a vinculação ao setor privado (não SUS) têm provocado a carência de gineco-obstetras nos serviços públicos.

*Faltam obstetras para dar plantão em sala de parto. (E10)*

*Então assim, nós ainda estamos formando muito ginecologista, mas os nossos ginecologistas eles estão indo fazer cirurgia minimamente invasiva [...]. (E10)*

*[...] eles estão indo fazer a parte de consultório privado [...]. (E10)*

*[...] eles estão fazendo a parte de patologia cervical, de medicina fetal, ultrassonografia [...]. (E10)*

*[...] então eles estão indo ainda muito pra essa área. (E10)*

Realidade semelhante acontece com a especialidade de dermatologia, em que se percebe uma grande oferta de serviços na área de dermatologia estética, enquanto que as maiores demandas por esta especialidade estão mais relacionadas às patologias.

*[...] Muitos querem ser dermato-esteticistas, não reconstrutor, ao invés de trabalhar com patologias. (E1)*

Supomos que a justificativa para atuação mais concentrada na área de dermatológica se relacione ao grande culto à beleza, que caracteriza a sociedade atual. Sendo, no caso, uma atuação mais rentável e, portanto, de maior interesse para uma parcela importante dos médicos.

Somada à situação de carência de profissionais em consequência da maior atratividade de algumas áreas de atuação, há a agravante disputa entre os serviços públicos e os privados, que, por questões mercadológicas, vem direcionando a escolha da área de atuação para as especialidades de maior interesse no setor privado de saúde.

*Dermatologia, pediatria estamos começando a ter dificuldade e sabe o porquê? Porque pagam mal aos pediatras. Você sabe que hoje grande parte dos médicos, eles querem ir para uma área de exames, de procedimentos de modo geral, por quê? (E2)*

*Porque o clínico não é bem pago. No sistema público, uma consulta não chega a dez reais no setor público. (E2)*

*E vai para o setor privado, para esses planos de saúde, que é um outro problema que nós estamos começando a enfrentar, que é um “SUSinho” que eu chamo [...]. (E2)*

Corroborando com essa realidade, estudos mostram que médicos especialistas estão mais concentrados no setor privado. Dentre os médicos que trabalham no setor privado exclusivamente, 68,2% têm título de especialista; entre os que atuam exclusivamente no setor público, 52% dos médicos são especialistas. Se formos comparar esse total de médicos com a população que cada um assiste, é verificada a imensa desigualdade de concentração dos médicos em favor do setor privado, pois 75% da população utilizam exclusivamente o SUS e 25% da população, além do direito ao SUS, têm plano ou seguro de saúde (SCHEFFER *et al.*, 2015).

Compreendendo os fatores discutidos, destacamos as especialidades de maior escassez nos serviços públicos em geral, e nos municípios do interior do Ceará, segundo as narrativas: Anestesiologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Neonatologia, Dermatologia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Endocrinologia e Medicina de Família e Comunidade e Medicina de Urgência e Emergência.

*[...] em algumas especialidades nós temos realmente deficiência. (E2)*

*As principais: neurologia, a neurocirurgia, otorrino, nós temos deficiência ainda de otorrinos, a dermatologia, principalmente para o interior, aqui nem tanto, mas neurologia é aqui (na capital). (E2)*

*Você não consegue marcar uma consulta de neurologia com menos de dez meses, você não consegue. (E2)*

*Todas elas que eu te falei otorrino, dermatologia, neurologia, pediatria principalmente no interior. Endocrinologia essa é uma falta enorme. (E2)*

*As outras como otorrino, porque não tinha otorrino nas regiões, neurologistas, endocrinologista, cirurgia vascular, cardiologia o problema maior. (E6)*

*Se você pegar as filas que nós temos de demanda, você vai ver que a grande maioria no caso das consultas, são as consultas neurológicas, as consultas traumatológicas, as consultas de dermatologia. (E9)*

*Então nós estamos precisando também de neonatologista, há necessidade porque se você colocar uma UTI de neonatologia lá no interior não tem um neonatologista para ir. Aqui mesmo tem UTI de neonatologia que tem dificuldade de conseguir neonatologista. Essas são as especialidades que mais precisariam. (E2)*

*[...] mas eu acho que as maiores ainda continuam sendo essas: anestesia, pediatria, principalmente neonatologista. As outras especialidades têm dificuldades que precisam crescer praticamente todas. (E6)*

*[...] o profissional anestesista então, o número que a gente tem desse profissional é pequeno e eles estão dentro da unidade terciária porque lá tem uma necessidade muito maior do profissional porque eles trabalham com procedimentos cirúrgicos a todo momento. (E7)*

*A gente tem poucos médicos que atuam na atenção primária que são especialistas em medicina de família e comunidade. (E3)*

*[...] hoje ainda temos para algumas áreas, ter dificuldades pra urgência e emergência, porque não existia residência em urgência e emergência já fomos nós que criamos, no Brasil não tinha, não era nem reconhecido como especialidade. (E6)*

*A outra do anestesista melhorou, mas ainda existe realmente dificuldade de se fechar escala de anestesia. (E6)*

Essa realidade demonstra que são necessários investimentos na formação de profissionais nas especialidades que deem respostas às demandas do SUS, bem como estratégias que estimulem a atuação profissional requerida pelo perfil epidemiológico, diminuindo a influência de interesses privativos dos profissionais e do mercado.

Segundo Girardi *et al.*, as especialidades citadas também foram reconhecidas como problemáticas em outros estados brasileiros. O estudo citado relata que cerca de 30% ou mais dos gestores de serviços entrevistados referiram dificuldade de contratação para pediatria, neurocirurgia, anestesiologia, nefrologia, psiquiatria, neurologia e clínica médica (GIRARDI *et al.*, 2009)

Em termos de carências, os mesmos autores insistem na necessidade de profissionais para áreas de atenção básica, e mencionam a falta de profissionais interessados em pediatria, geriatria, clínica e genética médica, enquanto que se observa grande procura nas especialidades de dermatologia, oftalmologia, anestesiologia e cirurgia plástica (GIRARDI *et al.*, 2009).

Segundo estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a região Nordeste aparece como região problemática em relação à disponibilidade de especialidades médicas. Destacam-se, por exemplo, a cardiologia e neuro/neurocirurgia, que apresentam deficiência em 5 estados da região; a cancerologia em 4 estados; a radiologia em 3, a neonatologia, a medicina intensiva e a psiquiatria em 2, entre outras especialidades escassas nos estados do Nordeste (BRASIL, 2009c).

Em outros estudos, gestores de saúde também têm apontado sérias dificuldades para contratação e reposição de especialistas para as áreas de anestesiologia, neurocirurgia, psiquiatria, medicina de família e comunidade, entre outras (BRASIL, 2008; GIRARDI *et al.*, 2012a).

Tal fato requer intervenção do estado e das representações médicas no sentido de cadastrar especialistas e regular a formação e atuação desses profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), dado que não se consegue mensurar precisamente a distribuição geográfica de médicos especialistas, como também a carência de médicos por especialidade. Para isto, será necessária a realização de ações como o dimensionamento dos profissionais médicos quanto às especialidades e sua distribuição nos serviços e nos municípios de atuação.

Muitos trabalhos, como a Demografia Médica do CFM, os estudos da Estação de Pesquisa em Mercados de Saúde – EPSM, e do Instituto de Medicina Social – IMS, têm contemplado essa discussão e têm usado ferramentas para tentar encontrar esse

dados seguros, porém as ferramentas disponíveis, como o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, a RAIS e outras fontes de cadastramento, como conselhos e sociedades médicas, ainda não foram capazes de promover um diagnóstico real do número e distribuição de especialistas médicos (GIRARD, 2012a; PIERANTONI, 2015; SCHEFFER *et al.*, 2015).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio da lei nº 12.871, que instituiu o Programa Mais Médicos, e do decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, propôs a realização do Cadastro Nacional de Médicos Especialistas, como forma de propiciar esse diagnóstico e, assim, direcionar as políticas de regulação da atuação médica e formação de especialistas (BRASIL, 2015d).

Reconhecemos a inexistência de um banco de dados que possua informações fidedignas sobre o número de médicos total e por especialidades. Informações estas que seriam base para direcionar a formação médica e as estratégias de melhor distribuição destes profissionais nos serviços e regiões de saúde.

*Se você perguntar hoje ao Conselho Regional de Medicina, à Associação Médica Brasileira, à comissão de residência médica ou qualquer um, cada um vai responder um número diferente. (E3)*

*Então, não se sabe no Brasil qual o número de especialistas nem onde estão. (E3)*

*O cadastro nacional vai permitir que a gente faça um diagnóstico, sabendo o número total de médicos por especialidade, onde vai estar distribuído, trabalhando, para que se identifiquem as necessidades e haja uma formação coerente que vai ajudar a quem realmente vai formar para o SUS em qual região, cidade. (E3)*

*Tem que fazer um recadastramento mesmo. (E6)*

*Existe um total desconhecimento e uma total desregulação no que diz respeito à distribuição do profissional e às reais quantidades necessárias ao atendimento da população. (E11)*

*Isso porque no sistema de informação do especialista no Brasil, até esse momento, desconheço qualquer estudo ou ação de regulação disso aí. (E11)*

*Hoje em dia, existem algumas ações sendo feitas visando ao estabelecimento de uma relação entre quantidade de população existente e número de médicos existentes. (E11)*

*Sinceramente, desconheço alguém que saiba isso de forma confiável. Pode até ter, mas não sei. (E11)*

*Você não tem ideia, a partir do conselho, de quem fez residência ou não. A pessoa pode ser especialista a partir de prova das especialidades. (E13)*

Percebemos que há um desencontro de informações sobre o número dos profissionais a partir das diversas fontes de cadastro. Isso pode dever-se ao fato de que os sistemas de informação utilizam mecanismos diferentes para consolidar, organizar e expor os dados, em virtude de objetivos diversos. Vale considerar ainda as fragilidades e insuficiências de dados que comprometem o reconhecimento da quantidade de médicos e de como eles estão distribuídos (GIRARDI, 2012a).

Fica demonstrado assim que é primordial a realização do Cadastro Nacional de Médicos Especialistas, no sentido do diagnóstico, do direcionamento e da regulação da formação médica especializada no Brasil.

A partir de dados SCNES, por nós coletados, percebemos que, quando se busca por especialistas, não se obtém o número real desses profissionais, já que os mesmos são cadastrados quanto ao procedimento realizado e à área de ocupação. Para exemplificar: se um profissional não possui nenhum título de especialista adquirido através da residência médica ou da prova realizada pela sociedade médica da especialidade, mas realiza procedimentos e ações em determinada especialidade, este é cadastrado como especialista dessa área.

Portanto, é possível contabilizá-lo em todas as áreas de ocupação em que o mesmo atua, podendo este ser contabilizado como médico anesthesiologista, clínico, cirurgião geral, gineco-obstetra, simultaneamente, a depender do registro de sua atuação nos estabelecimentos de saúde.

Desse modo, o número disponibilizado no SCNES não condiz com o número real de especialistas do Brasil. Isto torna-se possível visto que a legislação para atuação profissional médica permite a atuação de qualquer profissional médico em todas as especialidades da medicina, como se verá mais adiante.

Com isso, a regulação da formação de médicos especialistas é importante para que haja o dimensionamento real e a reorientação da atuação e da formação de médicos especialistas em atendimento às demandas do sistema de saúde.

Nesse sentido, entendemos que, para garantir o direito universal à saúde, é importante garantir o profissional médico, e isso requer do estado o desenvolvimento permanente de políticas eficazes que assegurem o provimento, a formação e a fixação desses profissionais segundo o modelo de atenção à saúde do SUS.

### **A formação em saúde no estado do Ceará**

Neste item, enfocaremos a formação médica, explorando as políticas e atuais mudanças na formação para enfrentar a problemática da má distribuição de médicos, da oferta de vagas e da regulação da formação de médicos especialistas no Brasil.

A formação em saúde de modo geral tem-se mostrado um tema de grande relevância no Brasil, impulsionado pelo aumento na oferta de cursos na área da saúde, quer seja de nível médio, quer seja de nível superior para as diversas profissões que constituem a área da saúde. Esse aumento é essencial para que a formação de profissionais de saúde consiga ser responsiva à operacionalização dos serviços públicos de saúde e, por conseguinte, fortalecer a implementação do SUS, uma conquista que vem sendo discutida e institucionalizada desde a Constituição de 1988 e que, com o passar de mais de 20 anos, tem enfrentado vários desafios, dentre eles os explorados nesse estudo (BRASIL, 1988; ROSSANI & LAMPERT, 2004).

O Brasil tem, em sua Constituição Federal, leis que asseguram o Sistema Único de Saúde, sendo que a lei nº 8080/1990, em seu artigo 200, constitui um ponto-chave com relação à garantia da força de trabalho para o sistema de saúde, de forma a responsabilizar-se pela ordenação da formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1988).

Entretanto, o que podemos observar, através das narrativas exploradas no nosso estudo, é que o Ministério da Saúde, historicamente, se absteve de assumir a responsabilidade de compartilhamento com o Ministério da Educação das ações e discussões sobre a oferta de cursos para a formação de recursos humanos em saúde. Só mais recentemente, o Ministério da Saúde passou a assumir políticas de ordenação e regulação da formação em saúde em articulação com o Ministério da Educação.

*Embora esteja na Constituição Federal, esteja na Lei Orgânica da saúde que a regulamentação da formação de pessoal é competência do SUS, o SUS se absteve um pouco disso e houve uma dicotomia entre os centros formadores, as universidades e o serviço em si. (E9)*

*Essa dicotomia entre a universidade e o Sistema Único de Saúde, o gestor do SUS e a competência do SUS na influência da formação do recurso humano, ainda precisa ser resolvido. Alguma coisa foi feita, mas ainda precisa ser resolvido. (E9)*

*[...] nós tínhamos muita discussão com relação à formação, e também o papel do MEC, que era do Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, que existe quase uma competição e o Ministério da Saúde muitas vezes ficava em desvantagem, no que concerne a formação de recursos pra a saúde. (E6)*

*[...] nós discutíamos como é que o Ministério da Educação traça uma série de diretrizes e nem escuta o Ministério da Saúde. Não sabe para onde o SUS caminha, para onde a saúde pública caminha, não conhece a epidemiologia. (E6)*

Percebemos que há resistências em reconhecer a responsabilidade partilhada do MEC e do MS na ordenação da formação de recursos humanos em saúde, o que prejudica o alcance de uma formação responsiva ao sistema de saúde.

Podemos pensar que tal fato se deve a tardia apropriação por parte do MS da sua função de ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, e isso requer uma maior aproximação dos dois ministérios, no sentido de discutir e planejar a formação em saúde, bem como aperfeiçoar e fortalecer os instrumentos de gestão e regulação dessa formação.

O Ministério da Saúde vem promovendo políticas e intervenções diversas, mas insuficientes, na formação em saúde, no sentido de formar profissionais qualificados e em número adequado às demandas de saúde (BRASIL, 2001b; 2011c).

### *A formação médica no estado do Ceará*

A formação de profissionais médicos, segundo estudos científicos, enquetes populacionais e reportagens midiáticas, vem sendo, ao longo do tempo, considerada um empecilho para encaminhar o equacionamento da má distribuição desses profissionais e, por consequência, para a consolidação do SUS como política de estado (SANTOS,

2015). A esse respeito, uma pesquisa de opinião do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicadas – IPEA, em 2010, mostrou que 58,1% das pessoas entrevistadas de todas as regiões do país consideram que a falta de médicos é a principal deficiência do SUS.

Observamos que é preciso rever a formação em saúde, reconhecendo a necessidade de uma maior inserção do processo formativo no sistema de saúde, visto que os novos profissionais não estão preparados para atuar no sistema de saúde, e essa inserção tem sido proposta nas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN. Também é reconhecido o desenvolvimento de políticas para a formação em saúde, destacando o PMM como uma das que contemplam essa temática e promovem o seu avanço no Ceará.

*A gente precisa rever os currículos das escolas de saúde de todas as categorias, medicina, enfermagem. As pessoas saem da faculdade sem conhecer a realidade do estado, do país, sem saber direito. Faz uma disciplina de atenção primária à saúde e acha que sabe tudo do SUS, que é tão complexo. (E4)*

*[...] algumas gestões foram feitas e se modificou alguma coisa nessa área, abrindo assim uma perspectiva de melhorar realmente a formação de recursos humanos. Pelo menos traçar algum perfil de formação. (E6)*

*[...] depois surgiu o Mais Médicos, e aí a discussão com relação à formação, principalmente de médicos, mas de outros profissionais para saúde acelerou de uma forma importante. (E6)*

A preocupação com a formação médica e as políticas que vêm sendo desenvolvidas nesta direção, como as reformas curriculares e o PMM, a fim de fortalecer a formação para o SUS, constituem-se em desafios que estão postos para os gestores do MEC, do MS, das secretarias estaduais e municipais de saúde, e do aparelho formador em saúde, as instituições de ensino superior, públicas e privadas.

Dentre as políticas desenvolvidas, damos ênfase à criação da SEGTES e aos programas desenvolvidos a partir dela, direcionados à formação e à qualificação dos profissionais da saúde. Dentre eles, destacamos o VER-SUS, o Pro-Saúde, o PET- Saúde, e os mais focalizados na formação médica, como o Pro-Residência, o PROVAB e o recente Programa Mais Médicos (BRASIL, 2012b; 2013b).

Canônico revela que o VER-SUS contribui para o aprimoramento individual dos estudantes sobre o SUS e tem minimizado o preconceito sobre o sistema público, destacando a sua importância enquanto política pública. Além disso, destaca que a experiência foi um fator desencadeador da participação em movimentos sociais, particularmente no movimento estudantil, produzindo reflexão e criticidade na formação para o SUS (CANÔNICO *et al.*, 2008).

O Pro-Saúde e o PET-Saúde têm sido reconhecidos como potência rumo a políticas indutoras da reorientação em saúde, sinalizando avanços significativos no tocante à integração ensino-serviço e à formação interprofissional (COELHO, 2013; BATISTA, 2015).

O Pro-Residência, criado para articular e promover a interlocução entre as demandas do sistema de saúde focadas na organização de Redes de Atenção à Saúde e nas potencialidades das instituições formadoras, vem produzindo um conjunto de transformações na formação de médicos especialistas, e tem sinalizado para a necessidade de ações para a melhor orientação e desenvolvimento dessa formação, como alterações na composição da CNRM e inserção de gestores nesta comissão (PETTA, 2013).

Estudo avaliativo sobre a atuação de médicos inseridos no PROVAB no período de 2013-2014 reconhece que investir na especialização dos médicos é um fator positivo do PROVAB, por torná-los mais qualificados e incentivar sua atuação na atenção básica. Porém, identificou que, além da capacitação, é imprescindível sensibilizá-los quanto ao compromisso social de sua atuação na saúde, já que se tem observado uma aparente atuação meramente financeira sem implicação social (NETO *et al.*, 2015).

Compreendemos, assim, que devem ser ampliadas e fortalecidas as ações de educação permanente vinculadas a esse programa, e que se torna necessário o fortalecimento, nos processos formativos, de discussões sobre a prática médica quanto à sua relação com os usuários e implicações com as demandas sociais e de saúde da população.

Em análise sobre a implementação do PMM, já é possível identificar impactos. O estudo de Santos *et al.* relata que o programa contemplou aqueles municípios mais necessitados, em situação de extrema miséria e com grandes necessidades de saúde. A partir da visão de gestores, os autores observaram que este programa agregou novas experiências e práticas de cuidado que vêm contribuindo para a melhoria da APS. Em números, com a implantação do Programa Mais Médicos, observou-se um crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares, sendo possível indicar aumento na oferta de serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2015).

Assim, podemos dizer que o programa vem respondendo positivamente ao enfrentamento da problemática de provimento de médicos no país, mas que é necessário que este seja fortalecido e monitorado, a fim de favorecer o desenvolvimento das demais dimensões que o compõem, em especial, a dimensão formação, imprescindível para o alcance de maiores e melhores impactos na atenção integral em saúde.

Além desses programas, foram implementadas ações como o processo de reforma curricular com base nas novas DCNs, dando maior destaque para a formação médica. Este processo tem, em sua essência, a proposta de qualificar a formação por meio de indicações e recomendações de práticas que melhor direcionem à formação necessária ao sistema de saúde. A reforma curricular, porém, ainda vem caminhando a passos lentos e encontra desafios, como os destacados por Feuerwerker, que vão desde as resistências das IES em implementar mudanças, a partir de novos modelos e práticas pedagógicas, até o enfrentamento à formação focalizada em práticas especializadas e com utilização de grande aporte tecnológico, influenciadas pelas corporações médicas e pelo mercado (FEUERWERKER, 2002; AMORETTI, 2005).

*O profissional deveria ter passado a faculdade inteira, pelas diretrizes curriculares, 1/3 da formação é nos sistemas de saúde reais e vigentes, dentro da epidemiologia da sua realidade, e na atenção básica, urgências e emergências. (E1)*

*O segundo passo seria na questão da formação, que vai desde a graduação, então a reforma curricular, os novos cursos se adaptando aos currículos para formar a atenção primária com o perfil exigido. Com isso, vai ampliar esse período de internato, que esteja do 1º ao 8º período, fortalecendo a formação. (E3)*

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014 são obrigatórias, e propõem mudanças nas disciplinas e uma maior inserção do estudante no SUS. As DCNs têm objetivado aproximar o processo de formação de profissionais às necessidades de saúde da população e ao modo de operacionalização do SUS, ao tempo em que dão centralidade na Atenção Básica, aumentando a carga horária para, no mínimo, 30% a ser desenvolvida na AB e no Serviço de Urgência e Emergência do SUS durante o período do internato. As DCNs têm a perspectiva de uma formação na rede de atenção à saúde no SUS, promovendo a integração ensino-serviço-comunidade e propondo o desenvolvimento da formação em três eixos temáticos: Atenção à saúde, Gestão da saúde e Educação em saúde (ADLER, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; ALESSIO, 2015).

A partir do ano de 2001, houve um aumento progressivo e significativo na oferta de cursos de medicina no estado do Ceará. Tal ampliação veio acompanhada da interiorização das faculdades nas três macrorregiões de saúde do estado (Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza), consideradas polos de desenvolvimento econômico, hospitalar e educacional, por concentrarem o maior número de universidades e faculdades na área da saúde.

No Quadro 5 apresentamos a distribuição dos cursos de medicina do estado do Ceará, dando ênfase ao período de implantação de cada um deles.

**Quadro 5. Distribuição dos cursos de medicina no estado do Ceará.**

INSTITUIÇÃO	CATEGORIA ADMINISTRATIVA	LOCALIZAÇÃO	Nº DE VAGAS ANUAIS	ANO DE CRIAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC, FORTALEZA	PÚBLICA	MACRO-FORTALEZA	180	1948
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE, FORTALEZA	PÚBLICA	MACRO-FORTALEZA	80	2003
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA	PRIVADA	MACRO-FORTALEZA	180	2004
UNI CHRISTUS	PRIVADA	MACRO-FORTALEZA	100	2005
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC, SOBRAL	PÚBLICA	MACRO-SOBRAL	80	2001

INSTITUTO TECNOLÓGICO – INTA	PRIVADA	MACRO-SOBRAL	100	2014
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI – UFCA	PÚBLICA	MACRO-CARIRI	80	2001
FACULDADE DE MEDICINA DE JUAZEIRO DO NORTE	PRIVADA	MACRO-CARIRI	100	2000
<b>TOTAL</b>	<b>8 CURSOS</b>		<b>820</b>	

Fonte: Elaboração da própria autora a partir de dados contidos nos sites institucionais das universidades.

Observamos que, embora o primeiro curso de medicina do estado tenha sido implantado já em 1948, somente houve a expansão de novos programas a partir dos anos 2000, fortalecendo a formação médica descentralizada e interiorizada, possibilitando, desse modo, a ampliação da disponibilidade de médicos no estado e, com isso, induzindo a um progressivo impacto positivo nos serviços de saúde em médio e longo prazo.

Entretanto, apesar desse importante aumento de ofertas de novas escolas médicas, passando-se da formação de 100 para cerca de 800 médicos por ano, constata-se que tal incremento não foi suficiente para suprir a demanda assistencial, conforme já apresentado anteriormente, principalmente no interior. É preciso melhorar a distribuição desses profissionais e formar mais médicos especialistas, com boa qualificação profissional para atuarem nos novos serviços regionais especializados do estado.

*Mas hoje o que as faculdades de medicina formam ainda é insuficiente para as demandas do estado. [...] não é compatível, [...] não tem ainda a quantidade de médicos que são formados, eles não ficam também aqui, eles vão fazer residência, eles vão para o Sul e o Sudeste, eles vão para o exterior. (E7)*

Frente a estas necessidades, surgiu o Programa Mais Médicos, com a proposta de provimento de médicos para os municípios e regiões com escassez e dificuldade de fixação médica. Este programa promove inicialmente o provimento por meio da convocação de médicos brasileiros, estrangeiros e da cooperação internacional com Cuba, para suprir o déficit de médicos existentes em vários municípios e regiões do país, em especial em áreas vulneráveis e de difícil acesso. O PMM, depois de 3 anos de

vigência, tem incentivado a adesão e a ampliação da presença de médicos brasileiros, que são, atualmente, a maior representação do programa.

Além disso, na política proposta pelo PMM, o governo federal estabeleceu como meta criar, até 2018, 11,5 mil novas vagas de graduação em medicina e, até 2018, criar 12,4 mil vagas de residência médica com foco nas áreas prioritárias para o SUS. Segundo essa política, o estado do Ceará receberá mais cinco cursos previstos para os municípios de Crateús, Iguatu, Itapipoca, Quixeramobim e Russas, nas faculdades públicas e nas faculdades particulares (BRASIL, 2014b).

Apesar de se reconhecer a necessidade de interiorizar a formação, os gestores entrevistados sinalizaram alguns fatores imprescindíveis para a oferta de cursos de medicina no interior do estado, tais como: a implementação de uma rede de serviços que seja capaz de responder às demandas de formação médica, um corpo docente capaz de oferecer uma formação de qualidade, e um corpo técnico que também favoreça o desenvolvimento de um processo formativo orientado, qualificado e responsivo ao SUS.

*Somos a favor da interiorização, mas com condições de formação do médico, estrutura hospitalar capaz de dar uma boa formação ao médico. Ai sim nós somos a favor. (E2)*

*Mas não dessa maneira descabida que estão fazendo. Agora vão querer colocar mais cinco faculdades aqui no Ceará. (E2)*

*A gente não tem uma carga de profissionais capacitados para dar conta de tanta universidade, profissionais [...] bem treinados, minimamente especialistas, com mestrado ou doutorado. (E1)*

*Há de ter uma política de garantia de que haja especialistas para a população e para a formação, já que vai ser agora muito mais descentralizada com muitas faculdades nos interiores e algumas sem nem hospital. Então, que tenha no mínimo referência para formar o profissional e compreender o sistema, com todos os recursos. (E1)*

Na perspectiva das entidades médicas e do aparelho formador, é importante considerar que, se essa rede formativa não tiver qualidade suficiente, poderá trazer prejuízos irreparáveis ao sistema de saúde e à vida da população.

*[...] nós somos contra [...] indiscriminadamente, só para jogar médicos no comércio, vamos dizer assim, só para formação de médicos mal formados, não tem como. (E2)*

*Eu vejo com muita preocupação. Acho que vão abrir muitas universidades sem condição de formação. (E1)*

Destacamos a grande preocupação dos informantes quanto à estruturação dos novos cursos de medicina a serem ofertados no estado do Ceará. Eles alertaram para a estruturação adequada da rede de serviços de saúde e do corpo formativo, o que requer profissionais qualificados e com expertise para atuação docente. Tal fato demanda o estímulo e o fortalecimento da formação docente em cursos de mestrado e doutorado nas áreas da medicina.

Evidenciamos nas entrevistas uma resistência à abertura de novos cursos nos municípios pré-selecionados na política do PMM.

*Crateús, que também não vejo condições de se colocar ainda, uma faculdade seria outra cidade vizinha a Quixadá, a outra aqui em Russas, a outra aqui em Redenção. Não tem condição. Redenção não tem condições de ter uma faculdade de medicina. (E2)*

De acordo com a lei do programa Mais Médicos, os novos cursos de medicina devem ser localizados conforme os vazios de médicos no território nacional, nos municípios em que haja redes de atenção à saúde do SUS adequadas para a oferta do curso de medicina, incluindo a oferta de serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2013c; 2014b; PINTO *et al.*, 2014).

Consideramos ser importante a interiorização da formação médica a partir da perspectiva do PMM, no entanto, é imprescindível uma melhor análise de viabilidade dos locais que sediarão as novas faculdades de medicina do estado do Ceará. É preciso requerer dos proponentes planos de curso consoantes com as normas estabelecidas pelas DCNs, bem como o desenho da rede de serviços que será base para a formação, com os respectivos arranjos institucionais necessários à construção da rede nos moldes propostos para o SUS.

## *Expansão e interiorização da Residência Médica no Ceará*

Além da ampliação dos cursos de medicina, outro movimento necessário e também proposto no PMM é a expansão e interiorização da Residência Médica, que vêm sendo implementadas pelo Projeto de Expansão e Interiorização da Residência Médica do Sistema de Saúde Escola da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP (PROEXIRM), desde 2013.

Esse projeto veio fortalecer o processo de interiorização e trouxe mudanças na formação especializada no estado, além da oferta dos programas já vigentes aprovados pela CNRM e coordenados pelas demais instituições e serviços de saúde do estado, que foi favorecido, também, pela ampliação da RAS do Ceará. O PROEXIRM foi favorecido pelo PROEXMAES, com a criação de dois novos hospitais de referência regional nos municípios de Sobral e de Juazeiro do Norte.

*O que nós fizemos foi ampliar a parte de formação de médicos especialistas, criamos vagas de residência médica no interior também, para que o profissional já se formasse no interior e já se fixasse ali. (E6)*

*E também em termos de algumas estruturas, embora hoje nós tenhamos, por exemplo, estruturas excelentes o Hospital Regional do Cariri e o Hospital de Sobral, são duas estruturas excelentes, mas a gente tem dificuldade com as pessoas que vão. (E10)*

*E poderia ter nesses hospitais, o Hospital de Sobral, Hospital de Juazeiro, um grande centro de formação de especialistas. Poderia ter um grande aproveitamento desses dois hospitais seria formar esses especialistas, para ir para os hospitais polo. (E8)*

Após a formação regular (graduação médica), os médicos ainda requerem maior qualificação para assistir à população de forma segura, qualitativa e responsiva, o que deve ser feito, de forma ideal, por meio da residência médica (AMORETTI, 2005).

A residência médica é um programa de qualificação profissional em nível de especialização *lato sensu*, que visa formar médicos especialistas com maior expertise para atuar nos serviços de saúde nas diversas áreas da medicina. Ela foi formalmente instituída pelo decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e regulamentada pela lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que a define como: “[...] modalidade de ensino de pós- graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada

por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL,1991, p. 1).

Esse processo formativo funciona sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação (preceptoria) de profissionais médicos especialistas. É coordenada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), também instituída pelo decreto de 1977, que atua como instância credenciadora dos programas válidos nacionalmente (BRASIL, 2013d).

Todavia, no Brasil, passar por este processo formativo não é obrigatório para o exercício da medicina, de forma que todo e qualquer médico pode realizar procedimentos nas diversas clínicas, sem apresentar a qualificação especializada para isso. Tal qualificação profissional, além de não ser obrigatória à atuação médica, não tem sido ofertada em quantidade suficiente para garantir o acesso de todos os médicos.

*[...] faz residência quem quer, quem não quiser faz o que achar conveniente, apesar de ser responsável pelo seu procedimento. (E2)*

*Todo médico que colou grau, pode praticar qualquer ato médico. (E13)*

*Aqui você nem precisa ser especialista, terminou médico com seu diploma você pode fazer qualquer coisa. E não se exige que para atender uma criança tenha uma formação especializada, ou para atender um adulto tenha uma formação especializada. (E8)*

*Aqui no Brasil não é obrigatório e nem tem vaga suficiente para terminar. Aqui no Ceara, nós devemos ter 800 médicos se formando por ano. A residência deve dar para 400. (E8)*

Consideramos que, apesar de não ser obrigatória para a prática desses profissionais, a residência médica tem o reconhecimento de sua importância para a qualificação profissional, sendo considerada “padrão ouro” na formação dessa classe profissional.

No Ceará, a partir de 2011, o processo de seleção da residência médica passou a ser coordenado pela Seleção Unificada de Residências Médicas do Ceará – SURCE, estratégia inovadora que foi criada a fim de promover a qualificação do processo seletivo das residências médicas. A SURCE tem favorecido a maior ocupação das

vagas, beneficiado os candidatos e os programas de Residência Médica, além de influenciar, positivamente, na formação médica na graduação, possibilitando avaliar a qualidade do ensino das instituições formadoras no estado do Ceará.

*A SURCE é a associação de todas as instituições que oferecem programa de residência médica, faz um exame único, dependendo da área, tem uma prova prática, escrita, de título e tudo. (E11)*

*Então, dentre os ganhos, sem dúvida nenhuma foi o aumento da taxa de ocupação dos programas. Não pelo interesse, mas pela otimização, da seleção dinâmica, das chamadas que permitiam uma taxa de ocupação. Tem uma grande inovação nisso tudo também, além da possibilidade do preenchimento por especialidade, abre a possibilidade de mudança de especialidade. (E3)*

*Com a criação da SURCE, passamos a influenciar diretamente no tipo de formação junto às faculdades. A gente colabora com os currículos, conteúdos programáticos, trabalhos que as universidades querem desenvolver e por aí vai. (E11)*

*A mudança na preparação para a prova e nas instituições para cumprirem o que está na diretriz: formar o profissional mais capacitado à busca de informação reflexiva, melhor desempenhador de sua função, no sentido de uma melhor relação com o próprio paciente, interprofissional, conhecedor do sistema de saúde. (E2)*

Segundo dados da SURCE, observamos que, nos últimos dois anos (2014- 2016), houve um aumento de cerca de 30% na oferta de vagas de residências médicas. No ano de 2014, foram ofertadas 447 vagas e, para o ano de 2016, foram ofertadas 567. Tal aumento foi acompanhando de um processo de interiorização dessas residências e de uma maior ocupação das vagas ofertadas

No entanto, verificamos, em concordância com as narrativas e com o Quadro 5, que ainda não contamos com um número necessário de vagas nos programas de residências médicas, já que as Instituições de Ensino Superior têm formado cerca de 820 médicos por ano, e temos a disponibilização de cerca de 567 vagas, segundo dados da SURCE (dez/2015).

Reconhecemos a insuficiência da oferta de vagas nos programas de residência médica do estado do Ceará e destacamos a importância dessa formação para todos os profissionais, enfatizando que a formação (graduação) por si só não é capaz de promover o desenvolvimento de competências necessárias à atuação nas diversas clínicas da medicina.

*Muito médico já no Ceará, mas muitos sem completarem a sua formação. [...] Não estão conseguindo formar aquilo que a gente mais precisa. (E8)*

*Todo ano você tem aí uma massa de médicos que não conseguem completar sua formação, mas aí estão trabalhando e o atendimento de baixa qualidade. (E8)*

*Então, nós mantemos juntamente com as sociedades, defendemos que haja, para que o médico seja contratado, ele tenha uma boa formação. E não há uma boa formação sem uma especialidade hoje, não há. (E2)*

*E formar médico não é só formar na graduação. Hoje ninguém se forma só com a graduação. O mundo todo hoje, o mundo desenvolvido forma médicos por mais três anos de residência. Então a gente forma só pela metade, só no sexto ano. (E8)*

Destacamos que tal fato pode comprometer a qualidade da assistência à saúde, já que estes profissionais são inseguros na tomada de decisão e algumas vezes realizam condutas inadequadas que agravam a situação de saúde dos pacientes. De fato, são capacitados apenas para prestar atendimentos mais simples à população (AMORETTI, 2005; PRADO, 2015).

Existe uma grande demanda de médicos em busca de inserir-se em programas de residências e, de outro lado, um sistema com necessidades gritantes de especialistas para atuarem nos serviços.

Isso tem impactado o acesso aos serviços e acentuado a gravidade da situação de saúde da população que, a cada dia mais, vem lotando as filas de espera por serviços de média e alta complexidade. Desse modo, torna-se imperioso que todos os profissionais tenham acesso a programas de qualificação e que estes sejam de qualidade.

Fatores determinantes dessa realidade abrangem desde a oferta insuficiente, passando pela ausência de mecanismos de regulação nos programas de residência médica, até a questão da motivação na escolha das especialidades por profissionais, incluindo também a falta de um diagnóstico preciso da quantidade de especialistas disponíveis, o que se tem pretendido com a criação do Cadastro Nacional de Médicos Especialistas.

*Nós temos necessidade de formar gente, de formar especialistas. Não nessas 50, 70 especialidades, nas meia dúzia de especialidades*

*básicas. Isso nós precisamos formar em grande quantidade para atender os 180 municípios. (E8)*

*[...] tem algumas especialidades que você tem gargalos e que precisam, na hora de se trabalhar a formação favorecer, até para tirar um atraso histórico que existe [...]. (E9)*

*E nós só vamos formar anestesista se nós ampliarmos as vagas de residência médica em anestesia. E nós ampliamos porque a luta era exatamente essa, a luta de formar residentes que o SUS precisava, que o estado precisava. (E6)*

*O importante não é garantir também a vaga da residência em si, mas a especialidade em que é carencial, precisa-se ver isso também. Porque nós temos algumas especialidades, e isso aí. (E9)*

*Porque tem programas que o estado todo como endocrinologia, são cinco vagas no nosso estado. Então assim cada ano são formados novos cinco endocrinologistas e é um número muito pequeno. (E10)*

*Acredito que, com o cadastro dos médicos, a gente vai saber exatamente quantos tem e pode ainda direcionar a residência para outras áreas. Não numa expansão significativa, mas pelo menos regionalizando. (E3)*

Fica clara a necessidade de ampliação das vagas de residência médica no estado do Ceará, principalmente para as especialidades básicas, como também do melhor direcionamento das vagas ofertadas. Ressaltamos que esta ampliação deve acontecer para atender às demandas do sistema de saúde, nas especialidades mais requisitadas por este sistema, respondendo ao seu desenho regionalizado.

#### *Desafios da interiorização e expansão da Residência Médica no Ceará.*

Identificamos algumas dificuldades para implementar a interiorização da residência médica, como a baixa adesão dos estudantes aos programas interiorizados e a pouca disponibilidade de profissionais especializados vinculados aos serviços para atuação como preceptores. Embora tenham sido criadas excelentes estruturas físicas e de equipamentos em serviços de referência nas macrorregiões de saúde, faltam recursos humanos:

*[...] a primeira dificuldade que a gente tem é chegar no interior e encontrar colegas que tenham titulação para compor o grupo, que queiram disponibilizar parte do seu tempo para se dedicar a*

*residência médica, isso aí é uma dificuldade maior que a gente tem.*  
(E10)

*Nós temos tentado essa interiorização. Eu digo tentado porque não é fácil a interiorização, mas a gente já tem conseguido um avanço, por exemplo, a ginecologia e obstetrícia nós temos duas vagas que rodam em Iguatu, atualmente nós temos um residente rodando em Iguatu.*  
(E10)

*A escola tinha inicialmente cinco vagas de ginecologia e obstetrícia, ela solicitou mais quatro para rodar todas em Iguatu, mas como nós vimos que não houve assim uma procura, as vagas ficaram ociosas.*  
(E10)

*As dificuldades de interiorizar, primeiro por conta mesmo da assistência que é prestada no interior do estado, não necessariamente por especialistas [...].* (E10)

Destacamos o campo da preceptoria como um desafio importante para a expansão e interiorização da residência médica no estado do Ceará, pois pensar em formação significa pensar em formador. Daí os informantes-chaves colocarem como grande desafio a presença desse formador e, não só a presença, mas também a qualificação deste formador.

Na realidade da residência em saúde, este formador recebe o nome de preceptor.  
Segundo Botti,

*O preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém-graduado. O preceptor desenvolve uma relação que exige pouco compromisso, percebido apenas no cenário do trabalho. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação.*  
(BOTTI, 2008, p. 31)

Segundo o artigo 10 da Resolução CNMR nº 2, de 03 de julho de 2013: “O preceptor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de saúde” (BRASIL, 2013d).

Dentre os fatores implicados na preceptoria da residência médica no estado no Ceará, podem-se destacar: a quantidade reduzida de profissionais preceptores, a dificuldade de identificar o profissional com perfil adequado, a dificuldade de profissionais que queiram dedicar parte do seu tempo à formação de aprendizes, a falta

de institucionalidade da atuação do preceptor, de reconhecimento e valorização dessa atuação.

Registramos a carência de profissionais preceptores no estado como um entrave à ampliação e, principalmente, à interiorização das vagas de residência médica.

*A grande dificuldade, hoje, para todos os programas, é o preceptor.*  
(E3)

*[...] nós vamos levar tempo para ter bons médicos de família, porque quem vai formar esse médico de família? Nós não temos. Os professores são muito poucos.* (E8)

*Residência só por decreto é difícil, porque você tem que ter o professor.*  
(E8)

*A escola boa é principalmente ter um bom professor. Então a gente tem que ter esses professores, e é possível ter, mas tem que ter um esforço para isso.* (E8)

*Acho que isso é um dos nós, um dos problemas que nós temos para realizar, por exemplo, a expansão tão necessária na formação do especialista. É isso, porque nós não temos preceptores suficientes.*  
(E10)

Esta problemática torna-se ainda mais preocupante quanto à formação de médicos de família e comunidade, já que esta especialidade possui um número pequeno de profissionais especializados na área, mas que, a partir de 2018, como proposta do PMM, será pré-requisito para outras especialidades (BRASIL, 2013c).

No entanto, enfatizamos que, com esforço, será possível ter estes formadores. Tal fato requer da CNRM, das sociedades de especialistas, juntamente com os gestores municipais e estaduais, a identificação e a formação de profissionais formadores nesta área para atuação na preceptoria, como também o estímulo via incentivos para esta atuação.

Nesse sentido, Afonso e Silveira atestam que “a profissionalização da preceptoria não avançará se não for deliberadamente estimulada por políticas que incentivem e valorizem a formação dos preceptores”. E, como requisito fundamental, faz-se necessário “um referencial de competências que, mais do que instrumento reservado ao especialista da educação se constitui meio para os preceptores construírem uma identidade coletiva” (AFONSO & SILVEIRA, 2012, p. 82).

Percebemos entre os informantes a preocupação com a identificação de médicos com perfil adequado para a atuação de preceptor.

*[...] a questão da preceptoria é seríssima, é a grande questão do Mais Médicos. Em todos os níveis, principalmente de residência. Os preceptores precisam ser preparados para isso. (E13)*

*A dificuldade na preceptoria é identificar o profissional com perfil adequado. (E3)*

*Teria que ser o médico especialista, que tenha trabalhado há muito tempo nessa especialidade, com qualificação técnica adequada e perfil docente adequado, que ele saiba como passar o conteúdo. (E3)*

*[...] tem que ter preceptores com formações morais, formações éticas e também uma formação científica capaz de orientá-los. (E2)*

De fato, a preceptoria exige do profissional médico competências técnicas e pedagógicas, e é primordial que este possua amplo e consistente conhecimento na especialidade atuante, como também detenha competências pedagógicas que favoreçam o processo ensino-aprendizagem em serviço dos médicos em formação (BOTTI, 2008; 2012; RIBEIRO, 2013; CASTELLS, 2014).

Outra questão relevante, inerente ao médico-preceptor, é a sua formação ética e moral, pois cabem ao preceptor, que está no dia a dia com o residente, o reconhecimento e o estímulo ao desenvolvimento de uma prática crítico-reflexiva, fundamentada em princípios éticos e morais, para o atendimento das demandas políticas e sociais do SUS (BOTTI, 2012).

Ainda no que concerne à preceptoria, inferimos que muitos dos profissionais que atuam na preceptoria são os mesmos profissionais que estão vinculados aos serviços, e que dispensam parte do seu tempo para o desenvolvimento de atividades de acompanhamento dos residentes, sem necessariamente ter o interesse e a qualificação para fazê-lo, e muitas vezes sem receber incentivos. Tal fato é criticado pelos informantes, que sinalizam a necessidade da institucionalização da preceptoria.

*Então a gente já vê isso, uma dificuldade de pessoas que queiram dedicar parte do seu tempo a formar esses novos especialistas, que seria a preceptoria. (E10)*

*[...] um dos pontos que eu acho cruciais, é nós não termos a institucionalização da preceptoria. (E10)*

*Qualquer elemento do serviço é preceptor, mas e se o cara não quiser? Contratualmente, ele não é preceptor. Está errado. (E13)*

*Os preceptores que fazem parte da formação, os governos vão ter que achar um jeito de recrutá-los como preceptores. (E13)*

*Do ponto de vista da lei, posso dizer que no meu contrato posso atender tantas pessoas. Preceptor não tem nada a ver com supervisor, é aquele ombro a ombro. (E13)*

Diante dessa realidade, Castells destaca a inexistência de uma agenda específica para o desenvolvimento da preceptoría e o acúmulo de responsabilidades, fatores que sobrecarregam os profissionais e que prejudicam a assistência prestada (CASTELLS, 2014).

Agregando essa discussão, surge uma colocação que explora a valorização do fazer-preceptor. Preceptores questionam o valor dessa atuação e qual retorno lhes é acrescido.

*Muitas vezes o preceptor ele se interroga, que valor tem isso? O que é que eu recebo por isso? Que diferença isso faz? Quando a gente sabe que faz toda a diferença, mas existe esse questionamento. (E10)*

Em análise, verificamos que os preceptores demandam um reconhecimento de sua prática. Estes parecem não receber incentivos valorativos desta atuação e também se indagam sobre a importância do agir preceptor: “Que diferença isso faz?”.

A valorização da preceptoría é foco de estudo de Sartor e Sousa. Os autores propõem estratégias em três eixos. O eixo 1, “Desenvolvimento do preceptor”, busca contemplar a capacitação e o desenvolvimento docente, por meio da oferta e do incentivo à participação em atividades complementares, como congressos e seminários. O eixo 2, “Gestão do trabalho”, propõe a certificação da atividade e o reconhecimento no plano de cargos e carreira. E o eixo 3, “Remuneração”, propõe bolsas ou gratificações da preceptoría (SARTOR & SOUSA, 2013).

Lima *et al.* enfatizam a importância da criação de mecanismos de remuneração adequada e de investimentos em qualificação profissional desses agentes formadores (LIMA *et al.*, 2015).

O fazer-preceptor vai muito além de uma atividade docente-assistencial, de mediação e potencialização do processo de aprendizagem em serviço; ele é capaz de protagonizar o encantamento do residente e sua identificação como profissional de saúde implicado com as questões sociais e de saúde da população (SARTOR & SOUSA, 2013).

Assim, compreendemos que o preceptor é um agente imprescindível no desenvolvimento dos programas de residência médica.

### *Regulação da formação médica especializada*

Conforme discutido no nosso estudo, ainda não se tem um cadastro de médicos especialistas para que se possam realmente medir a oferta e a necessidade por especialidades médicas diante das demandas dos serviços e das necessidades de saúde da população. Desse modo, é importante compreender, a partir da percepção de médicos, gestores e professores que atuam e permeiam o processo formativo em residência médica no estado do Ceará, como esta formação vem sendo regulada.

Constatamos que a regulação das vagas de residência médica no estado, e também no Brasil, é considerada frágil, pelo fato de não haver consonância, entre as instituições que coordenam os programas de residência, no que se refere à oferta e à distribuição de vagas entre as especialidades. Isso torna importante uma proposta de monitoramento das demandas por especialidades a partir das necessidades de saúde da população.

*[...] ainda é um pouco tímida a regulação do SUS na formação dos recursos humanos, esse é um problema sério que o SUS tem. (E9)*

*[...] o SUS tem [...] problemas graves de recursos humanos: um deles é esse que eu estou falando, a independência e a falta de regulação no sistema formador, uma necessidade real. (E9)*

*Aqui no Ceará existem 11 instituições que oferecem vaga em residência médica, mas não conversam entre si em como vão distribuir, quais os planos, nunca existiu. Eu acho que no Brasil não existe em canto nenhum. (E11)*

*Aliás, é uma coisa que estou tentando criar agora [...] um controle de demandas dentro das necessidades da população. [...] a gente tem*

*exatamente aquilo que vai precisar a curto, médio e longo prazo.*  
(E11)

*Aí vamos para a anestesia, aí tem 2, 3, 4 vagas no máximo, o quê que acontece, você forma 30 cirurgiões e 4 anestesistas. E que com isso eles atuam casados e você cria um problema administrativo para o Sistema Único de Saúde.* (E9)

Segundo os informantes do estudo, a regulação dessa formação vem sendo orientada, predominantemente, por atores que não estão implicados com o SUS, sendo possível identificarmos que não há interesse em formar especialistas para atender as necessidades do sistema de saúde. Identificamos que a oferta e o número de vagas têm sido determinados por médicos, por corporações e pelas instituições locais que coordenam os programas de residência médica, segundo demandas pessoais, a fim de atender aos seus interesses.

*A formação hoje é determinada pelas necessidades das corporações. As sociedades especialistas determinam o número de vagas e não o sistema.* (E3)

*Tem algumas áreas que a gente precisa de mais especialidades e não consegue ter residências, como a anestesia, que depende da sociedade brasileira de anesthesiologia, que emite um título e dificulta a abertura desses novos programas.* (E3)

*São mecanismos que a sociedade médica cria para colocar como título, maior do que a própria comissão nacional. Isso, acho que tem de ser quebrado, se for pela lógica da necessidade do SUS é diferente da necessidade do especialista.* (E3)

*Geralmente, não é demanda da instituição, mas do profissional médico.*  
(E11)

*Por exemplo [...], tinha um colega meu interessado em ser especialista, veio falar que não podia sair e eu criei um programa de treinamento [...] mas não foi demanda da instituição, foi pessoal minha.* (E11)

*A grande maioria dos serviços que existe hoje em dia ainda são demandas pessoais.* (E11)

Esta situação é preocupante e fere os princípios do SUS, além de ser considerada como uma manobra política com interesses privados por parte dos gestores da educação.

*Na atualidade, eu, particularmente, não conheço em lugar nenhum do país. Tudo o que surgiu é basicamente reivindicações que existem ou então manobras políticas, às vezes, com interesses espúrios. (E11)*

*Na verdade, não está relacionado à necessidade em atender nada de população e que é utilizado como meio de manobrar as pessoas. Então, no momento, não existe isso. (E11)*

Apesar de a CNRM atuar nas políticas de vagas, na elaboração de projetos e na avaliação e aprovação dos programas de RM, avaliando a viabilidade estrutural e funcional das instituições e serviços, como também na oferta de vagas possíveis por instituição, observamos que cabe à instituição credenciada e ao seu corpo gestor decidir o número de vagas que quer ofertar. Essa situação demonstra a fragilidade em regular a formação, sobretudo quando não há concordância na implementação das orientações estabelecidas pelas CNRM.

*[...] quando chega a portaria do Ministério que pode aumentar vaga, o coordenador da residência envia para todo mundo, e da próxima vai ser discutido quem quer ou não aumentar a vaga. Cada serviço de cada área diz se tem condição e se deseja. Agora, estava em aberto um pedido de vaga até o final de agosto que passou. Praticamente, não pedimos nada. (E1)*

*O Conselho [CRM] faz parte da Comissão Nacional de Residência Médica, portanto atua diretamente nas políticas de residência médica. (E13)*

*O Federal [CFM] faz parte da Comissão [CNRM] e todos eles interferem nessas políticas de vagas, elaboração de projetos e assim por diante. Tanto participa dos conselhos de saúde como participa da comissão nacional de residentes. (E13)*

*[...] instituições que ofertam três vagas de uma determinada especialidade que nós sabemos que existe a carência dessa especialidade no estado, eles dizem realmente que não têm condição de aumentar, mesmo tendo sido avaliados pela comissão nacional, que avaliou e disse que eles teriam condições de ofertar cinco, mas eles se negaram ofertar cinco porque disseram que só teriam condições de ofertar três. (E10)*

Constatamos ainda a insuficiência de diálogos entre as instituições para discutir sobre o desenvolvimento dos programas de RM e sobre a oferta adequada de vagas diante das possibilidades de cada programa de residência.

Tal realidade tem demandado do governo brasileiro a criação de mecanismos mais consistentes de regulação dessa formação, intermediados pelo fortalecimento da atuação da CNRM e pelo desenvolvimento de políticas específicas.

Podemos observar que, recentemente, a partir de 2013, houve mudanças na regulação das vagas e que, com a criação da lei do Mais Médicos, passou a existir uma regulação para direcionar o número total de vagas, tomando como referência o número de egressos e a universalização da residência médica.

*O único documento que regula a vaga é esse de 2013, a Lei do Mais Médicos. Ela estabelece um pareamento entre número de estudantes de medicina e vagas de residência. Fora isso, até antes da existência dessa lei, são demandas espontâneas. (E11)*

*Há um discurso da corporação médica contra essas estratégias, porque vão mudar uma lógica hoje determinada por especialistas. Pela primeira vez na história, quem passa a determinar isso é o governo, pela necessidade de saúde da população no SUS. Isso logicamente incomoda. (E3)*

Dentre as estratégias do PMM, destacamos a ampliação da formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade e a determinação desta especialidade como pré-requisito para as outras, reconhecendo que a formação de seis anos não vem respondendo ao sistema de saúde, tendo em vista a necessidade de prover médicos qualificados para a atenção básica.

*Acho que a gente está no caminho certo, mas tem que evoluir no sentido de ter mais médicos com especialidades atuando nesses postos regionais, de qualificar a atenção primária, mantendo essa ascensão de expansão em relação ao número de equipes, mas qualificando esses profissionais. (E3)*

Porém, são perceptíveis as dificuldades na ocupação das vagas ofertadas para esta especialidade, mesmo antes de tal proposta. Isso ocorre devido ao pouco interesse dos profissionais, que não veem estímulos para atuação em Medicina de Família e Comunidade. Estes alegam falta de reconhecimento, baixa remuneração e restrita área de atuação (PRADO, 2015).

Para tanto, deve-se, em conjunto com a proposta do PMM, desenvolver outros mecanismos que favoreçam a atração destes profissionais pela RMFC. Um bom

exemplo disso é o que vem acontecendo no município do Rio de Janeiro, como relatado em entrevista por Prado, que reconhece no interesse do gestor um fator primordial para adesão ao programa. Além desse fator, há que se destacarem as iniciativas e vivências desenvolvidas durante a faculdade e estimuladas pelo corpo docente, e um aditivo na bolsa dos residentes dessa especialidade, além de uma melhor remuneração para os profissionais dessa área (RODRIGUES, 2013; PETTA, 2013; PRADO, 2015).

Vale considerarmos também as grandes contribuições do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – PRO-RESIDÊNCIA (Portaria interministerial MEC/MS nº 1.001/2009), que tem ampliado e incentivado a formação em especialidades prioritárias para o SUS.

#### *O mercado e sua implicação na regulação da formação médica-especializada*

Identificamos claramente as influências do mercado na regulação da formação médica. Especialidades com maior carência de profissionais são as que mais apresentam essa influência na operação de reserva de mercado, restringindo o acesso de estudantes por meio da oferta reduzida de vagas, e causando problemas para o funcionamento do SUS. Destacamos, por exemplo, as especialidades de anestesiologia, de otorrinolaringologia, de ortopedia, entre outras.

Tal fato, associado às escolhas individuais dos profissionais, vem determinando o perfil da força de trabalho médica especializada.

*O mercado tem uma lógica, o serviço público tem outra lógica. (E6)*

*A do mercado não é a mesma lógica do sistema público de saúde, é outro tipo de mercado que deve coexistir, mas não deve dominar. (E6)*

*Então vamos criar profissionais para o mercado e aí falta profissional para atenção básica, falta profissional para o programa de saúde da família, falta e médico especialista para a pediatria, para a ginecologia, para a obstetrícia, para as especialidades básicas, mas não falta para as especialidades ultra especializadas, que têm um público menor etc. (E6)*

*Periodicamente, a gente percebe que especialidade está faltando, mas também qual está saturada. Há claro direcionamento a tal*

*especialidade, tem uma formação grande e algumas especialidades se preocupam com o mercado, com a concorrência. (E1)*

*[...] A anestesia tem uma cooperativa muito forte, fazem lobbys, porque quando o grupo é menor e está ali concentrado, conseguem negociar melhor com os planos de saúde ou mesmo com serviços públicos [...]. A anestesia briga muito para garantir um número menor de vagas. (E1)*

*Algumas especialidades pela questão de mercado restringem o número [...] anesthesiologia, otorrino, ortopedia. (E3)*

*[...] tem gente que não quis, mesmo tendo condições de formar aqui, pela capacidade tecnológica, de recursos humanos, porque não quer aumentar o mercado. (E1)*

*Eu digo até sem medo de dizer que existe uma preocupação com reserva de mercado abertamente, isso existe. Então aquelas especialidades que são mais carentes a gente tem uma resistência maior. (E10)*

No Ceará, é muito forte o poder das corporações médicas (com destaque para a corporação de anesthesiologia) sobre a definição de vagas das especialidades no sentido de garantir maior valorização financeira da classe médica, sem levar em conta as demandas apresentadas pelo SUS. Esse poder é tanto maior, quanto mais requisitada é a especialidade. Isso tem funcionado como uma barreira à universalidade do acesso à saúde, previsto pelo SUS.

Rodrigues discute as influências do mercado na escolha dos médicos quanto à especialidade, fenômeno que tem desfavorecido o sistema de saúde público diante da rede suplementar (RODRIGUES, 2013).

Deste modo, observamos que as especialidades mais concorridas têm sido aquelas que propiciam maior status e melhor remuneração, além de maior comodidade para os médicos. Geralmente, estão associadas a maior atuação no setor privado e possuem procedimentos acoplados (RIBEIRO, 2011; ALESSIO, 2015).

Também apresentam maior concorrência aquelas especialidades que, na atuação, possuem procedimentos acoplados, como no caso da dermatologia, da oftalmologia e da otorrinolaringologia.

*Ultimamente, aqui no processo seletivo tem sido dermatologia, anesthesiologia, radiologia, oftalmologia e otorrino as especialidades mais demandadas. Os números de candidatos por vagas em geral são*

*para essas 5 mais concorridas. A gente acha que é pela remuneração. São especialidades que vão ser melhor remuneradas, trazem procedimento acoplado. (E1)*

*As de maior interesse eu posso te dizer que são, isso tem se repetido nos últimos anos, é otorrinolaringologia, oftalmologia, endocrinologia, dermatologia, radiologia, anestesiologia, ortopedia seriam as mais procuradas. A relação número de vagas x candidato é a mais elevada. (E10)*

*Especialidades que têm mais status e maior remuneração. As que têm maiores taxas de ocupação e concorrência hoje são as de anestesiologia, radiologia, oftalmologia, são especialidades que o médico vai ganhar muito dinheiro e não vai ter que trabalhar muito em termos de não dar muito plantão. (E3)*

*O profissional médico geralmente é melhor remunerado pelo procedimento e não pela consulta. A maioria não vai trabalhar ou não vai exclusivamente para serviços públicos. (E1)*

*[...] o aluno escolhe especialidades que vai ter uma boa remuneração, mas uma comodidade de trabalho também. (E3)*

*Você tem isso na área médica, tem isso na dermatologia, na ortopedia, na otorrino, na psiquiatria, que são altamente procuradas. Especialidades em que existe um vislumbre de uma atuação privada, geralmente têm alto índice de procura. Especialidades que o indivíduo só vislumbra como funcionário público já caem [...]. (E11)*

*Hoje, grande parte dos alunos opta por fazer clínica médica, porque é uma porta de entrada para outras especialidades. Para eu fazer uma especialidade clínica, cardiologia, endócrino, gastro, enfim, tenho que fazer dois anos de clínica médica. É pré-requisito. (E3)*

*[...] clínica médica essa então é uma falta absoluta, você quase não encontra médico de clínica médica para trabalhar. Fazem a residência de clínica médica, mas já vão pra uma sub especialidade. (E8)*

Quanto à clínica médica, esta tem seu campo de atuação mais direcionado ao serviço público que, segundo as entrevistas, não é atrativo e nem valorizado na atuação médica, mas é pré-requisito para residências em outras especialidades.

Segundo o banco de dados da SURCE, as vagas mais concorridas pelos candidatos são: neurocirurgia (21 candidatos/vaga); oftalmologia (19 candidatos/vaga); otorrinolaringologia (18 candidatos/vaga); dermatologia (17 candidatos/vaga); radiologia (15 candidatos/vaga); anestesiologia, ortopedia-traumatologia e neurologia (12 candidatos/vaga). Entre as menos procuradas, destacam-se: medicina de família e

comunidade (0,25 candidato por vaga); medicina intensiva (0,8 candidato por vaga) e reumatologia (0,85 candidato por vaga).

Quanto às especialidades com maior número de vagas ofertadas, encontramos: medicina de família e comunidade, com 81 vagas; clínica médica, com 69; pediatria, com 55; cirurgia geral, com 42 e gineco-obstetrícia, com 40 vagas. Já entre as de menor número de vagas ofertadas, destacamos: neurocirurgia e radioterapia, com uma vaga; coloproctologia, com 3 vagas; oftalmologia e endocrinologia, com 6 vagas; otorrinolaringologia e gastroenterologia com 5 vagas; e dermatologia, com 8 vagas ofertadas.

Contudo, o programa Mais Médicos destaca a necessidade de uma formação direcionada às áreas prioritizadas pela Rede de Atenção à Saúde (saúde mental, urgência e emergência, atenção oncológica, atenção básica, atenção à mulher e à criança, e saúde do idoso) e para as especialidades prioritizadas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, como medicina de família e comunidade, anestesiologia, ortopedia e traumatologia, neonatologia e psiquiatria (BRASIL, 2013c).

Com base nisso, observamos que algumas das especialidades mencionadas como de maior interesse dos profissionais respondem às prioridades de formação para o SUS. No entanto, questionamos o fato de essas especialidades, reconhecidas por possuir maior carência, ofertarem o menor número de vagas nos programas de residência médica do Ceará; permanecendo, então, uma pouca oferta de especialistas para atuação nos serviços de saúde do estado. Isso evidencia que a forte regulação do mercado tem interferido no funcionamento e na oferta de ações e serviços de saúde em todo o território estadual.

Nesse sentido, esperamos que o PMM atue efetivamente na regulação da formação e da atuação da medicina. Inicialmente priorizando o provimento e a fixação de médicos, com melhor distribuição em municípios e regiões do país, como também atuando na regulação da atuação e da formação para as áreas prioritárias do SUS, por intermédio da implementação do Cadastro Nacional de Médicos Especialistas e da ampliação e interiorização da formação médica adequada às demandas de saúde da população.

## **Implementação da Rede de Atenção à Saúde do estado do Ceará e a força de trabalho médica**

O estado do Ceará buscou desenvolver a política da regionalização, desenhando e articulando as redes temáticas, estruturando a RAS com a ampliação da oferta de serviços de saúde de forma regionalizada, principalmente por meio da execução do Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada- PROEXMAES, que está em andamento desde o ano de 2009.

Esse projeto vem contribuindo na ampliação do acesso e da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção, com a expansão da cobertura da assistência especializada em todas as regiões de saúde do interior do estado.

A RAS mostra-se fragilizada, apresentando fragmentação na gestão e na atenção à saúde.

*[...] eu acho que o SUS, como ele está pensado, e como ele está colocado na Constituição, e como ele vem sendo construído nesses 20 e tantos anos, ele não pode, ele não prescinde, ele não tem como prescindir das Redes de Atenção. (E9)*

*[...] esta utilização da lógica de redes, nós ainda temos um modelo de gestão fragmentada. Nós não temos um modelo de rede de atenção. (E9)*

*Nós estamos ainda em um sistema hierarquizado, mas na forma de pirâmide e não na forma de rede. (E9)*

*Se você não tiver as Redes de Atenção montadas, estruturadas, você não tem como garantir o princípio da integralidade da atenção. (E9)*

Isso decorre, em parte, da autonomia dos pontos de atenção à saúde, o que tem ocasionado a descontinuidade dos fluxos previstos no desenho em rede.

*Nós estamos em um sistema onde há uma autonomia das unidades, há falta dos fluxos que estão desenhados nos instrumentos legais [...] que organizam o sistema. Mas na prática nós não temos. (E9)*

A autonomia dos serviços e a oferta fragmentada fogem do modelo de gestão recomendado, que prevê uma governança regional e um sistema de regulação que

orienta e regula a atenção à saúde, operando na região de saúde e, a depender da necessidade, no sistema estadual, a fim de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Da forma como vem acontecendo, torna-se difícil atender aos princípios constitucionais do SUS, tendo em vista estes desafios à operacionalização do sistema em rede integrada.

Tal fato tem contribuído para a pouca integração da RAS, e para o enfraquecimento da APS como centralizadora das ações de saúde e do cuidado.

*[...] tem a rede de saúde, que ainda é fragmentada. A gente tem a atenção primária, que deveria ser a porta de entrada ou o elemento da rede que seria regulador e coordenador fragilizado. (E3)*

*Então, essa história da definição da rede onde você tem o link das unidades, prioritariamente como porta de entrada à atenção básica, como está no decreto, e o estado do Ceará ainda não conseguiu colocar isso na prática. (E9)*

Os motivos pelos quais a atenção primária não consegue ser a porta de entrada e a coordenadora do cuidado dizem respeito à fragilidade dos mecanismos de comunicação entre os serviços da rede, às falhas no sistema de regulação e às relações de clientelismo.

*[...] a rede é frágil, porque não se comunica. Se for pensar na rede estadual, está distribuída nas duas regionais de saúde, que garantiriam uma raiz de organização, mas a comunicação da primária com a rede secundária ainda é frágil, então isso precisa ser regulado, melhorado. (E3)*

*Quando a gente pensa no nível terciário, as regionais têm um clientelismo onde esses hospitais estão e não articulam adequadamente. (E3)*

*Apesar de tentar estabelecer uma estrutura de rede no estado do Ceará para garantir assistência médica adequada, a gente ainda não consegue. (E3)*

A comunicação na RAS se dá por meio do sistema de regulação, que opera em três níveis (municipal, regional e macrorregional). A APS deve ser o centro de comunicação da rede, responsável por garantir a comunicação na linha assistencial, conforme a necessidade do usuário, atuando na ordenação e coordenação dos fluxos e contra-fluxos entre os diversos serviços de diferentes complexidades (OPAS, 2011).

Para que isso aconteça, é necessário que o sistema de regulação do acesso à assistência tenha informações e um sistema de apoio necessário, com a oferta adequada de serviços, uma boa logística e uma equipe de profissionais qualificados para definir a prioridade de atendimentos e para mediar a comunicação entre os pontos de atenção, e também entre profissionais e usuários. A principal estratégia para melhorar essa comunicação é o fortalecimento da APS, de seus fundamentos e atuação (ALMEIDA, 2011).

Neste sentido, o secretário de saúde do estado ressalta o compromisso do governo com a saúde e destaca que “No atual momento, estamos numa fase de reconectar os diversos pontos da rede, garantindo uma melhor comunicação entre os níveis de atenção, reforçando o papel da atenção primária na governança desse sistema” (COSEMS, 2016, p. 16).

O que também tem prejudicado a comunicação dos pontos de atenção da RAS, principalmente nos da alta complexidade, são as relações de clientelismo que têm se tornado cada vez mais presentes na promoção do acesso, diante da insuficiente oferta de ações e serviços para atender as demandas de saúde da população do estado, sendo um dos grandes desafios do SUS.

Isso tem favorecido uma parcela de usuários que consegue estabelecer estas relações, ao passo que os demais, que não possuem esse mecanismo, ficam na fila de demanda por tempo indeterminado. Portanto, fatores implicados nesse processo merecem ser analisados de forma a articular estratégias e ações que venham a assegurar o acesso equitativo.

Notadamente, é necessário avaliar o modelo de gestão em saúde implementado, os mecanismos de gestão, a regulação em saúde e o planejamento em saúde, além de superar o subfinanciamento crônico do sistema, os problemas estruturais dos serviços e, em especial, realizar o planejamento da formação, da gestão e da contratação dos profissionais de saúde.

*A gente tem as dificuldades do SUS, do gerenciamento e financiamento de verbas para saúde. (E1)*

*Uma série de hospitais aqui que não tem o uso devido do SUS porque o dono acha que não compensa e não compensa mesmo, pelo financiamento. (E13)*

*[...] o recurso, o do subfinanciamento, quando nós entramos na secretaria, para cada real do estado era um real federal, quando nós saímos o estado estava colocando quatro e o governo federal continuava a colocar um. (E6)*

*Definir o modelo de gestão que contempla realmente as diretrizes do SUS. (E6)*

*O modelo de gestão impacta diretamente na qualidade do serviço. (E6)*

A instabilidade e a insuficiência de financiamento para o SUS apresentam-se como grande barreira para sua implementação, sendo importantes fatores que têm colocado em risco o direito à saúde, previsto na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), juntamente com a atuação das grandes operadoras de planos de saúde, que têm mostrado interesse pelo fim desse sistema.

É perceptível uma redução das transferências de recursos das receitas federais e estaduais, fato que significa ao desrespeito às pactuações previstas na ementa constitucional nº 29 e regulamentada na lei complementar nº 141, que estabelecem os percentuais orçamentários a serem repassados por cada ente federativo (BRASIL, 2012f).

No estado do Ceará, essa realidade é percebida pelos gestores, que apontam que os investimentos governamentais para o SUS vêm sendo reduzidos, principalmente em nível federal. Já o estado tem investido mais de 4 vezes o valor que o governo federal investe em saúde. Isso pode impactar negativamente na oferta de serviços e ampliar as desigualdades de acesso à saúde pela população, conforme relatado nas narrativas.

No que se refere ao modelo de gestão, as redes de atenção à saúde – RAS têm sido a proposta para o sistema de saúde brasileiro e no estado implementam-se por meio de arranjos institucionais (BRASIL, 2010a).

A variedade de arranjos que está em operação na gestão dos serviços, bem como na gestão e contratação dos recursos humanos, é composta por administração

direta, administração indireta, filantropia, Organização Social (OSS), consórcios públicos interfederativos e fundação estatal.

*Então o estado tem o que? A administração direta, que administra os hospitais estaduais, que administra todo o nível central da SESA e das regionais de saúde. E aí junta SAMU, LACEN, HEMOCE, a parte ambulatorial etc. (E6)*

*Tem a administração indireta, que é o único órgão na saúde do estado do Ceará que é administração indireta é a Escola de Saúde Pública, que é uma autarquia vinculada à SESA. Como o IJF pra a prefeitura de Fortaleza é uma autarquia. (E6)*

*Nós levamos para o governador uma proposta de criar um modelo que no Brasil era novo, porque nós criamos até antes da regulamentação da lei, a lei acho que é de 2005, foi regulamentada em 2007. E nessa época, desde janeiro de 2007, nós já estávamos discutindo consórcio público de saúde. (E6)*

*O modelo de gestão contrato com organização social, que nós pegamos já um contrato com o Hospital Waldemar de Alcântara, vindo do governo anterior e que foi ampliado esse contrato para os hospitais regionais de Sobral e de Juazeiro do Norte [...] para as UPAs que o estado teve que assumir em Fortaleza, porque a prefeitura não quis partilhar da gestão das primeiras UPAs aqui no Ceará. (E6)*

As administrações diretas e indiretas são responsáveis pela gestão de uma grande parcela dos serviços de saúde do estado, porém os governantes resolveram implementar outros arranjos institucionais, como a OSS e os consórcios públicos, para gerir os novos serviços de saúde criados pelo PROEXMAES, a partir de 2008.

O Instituto de Serviços e Gestão Hospitalar (ISGH), criado em 2002, é uma Organização Social de Saúde (OSS) mantida com recursos públicos para administrar hospitais e unidades públicas de saúde. Atualmente, apresenta destaque na gestão em saúde do estado do Ceará. Ele iniciou suas atividades de gestão no Hospital Waldemar de Alcântara e, a partir de 2011, ampliou sua atuação com a gestão do Hospital Regional do Cariri, em Juazeiro do Norte, e das UPAs, de Fortaleza. Em seguida, em 2013, passou a gerir também o Hospital Regional Norte em Sobral, a APS e os CAPS do município de Fortaleza (ISGH, 2015).

Segundo Prates, os consórcios públicos são acordos firmados entre diferentes entes (municipal, estadual e federal) para gestão de ações de interesse comum com

vistas a melhorar a eficiência da prestação de serviços públicos para a população (PRATES, 2010). No Ceará, são responsáveis pela gestão das 19 policlínicas regionais e dos 16 centros de especialidades odontológicas distribuídos de forma regionalizada em todo território do estado.

Apesar do investimento para criar novos serviços de saúde, o estado enfrenta problemas para colocá-los em funcionamento pleno, diante da falta de profissionais, em especial de médicos, para compor as equipes em tempo integral, o que sugere uma desarticulação entre a oferta de serviços e a disponibilidade de profissionais, resultando em subutilização desses novos equipamentos de saúde e, assim, representando uma barreira a ampliação do acesso.

*Não há uma relação entre o agendamento e a gestão de pessoas, gestão de trabalho é desarticulado. (E12)*

*Nos últimos anos, os dois governos anteriores [...] foram voltados para a ampliação dessa capacidade no ponto de vista de equipamentos físicos: prédios e materiais. Mas recursos humanos, a gente tem um descompasso. (E9)*

Em relação à vinculação de profissionais ao SUS, e dentro do modelo de gestão mista, tem-se utilizado de vários formatos para a admissão de profissionais de saúde. No caso dos médicos, foco deste estudo, tem-se que os médicos da capital têm vínculos estatutários (Tabela 7) mais estáveis, via concursos públicos, e cerca de 32% dos médicos estão vinculados, via cooperativas médicas, cargos comissionados e terceirização, configurando vínculos menos estáveis, devido à pouca oferta de concursos. No interior, a vinculação por meio de contratos temporários alcança praticamente 75% dos médicos (Tabela 7).

*O básico chama-se a maneira que esses médicos trabalham, uma parte deles é que é concursada e a maior parte é terceirizada. (E2)*

*[...] nós temos uma grande quantidade de médicos nessas cooperativas, então são várias cooperativas médicas, e o governo simplesmente não faz concurso. (E2)*

*Ainda existe uma discussão muito grande, na minha época também, com relação à organização social, como modelo de gestão que contrata e que forma profissionais para o SUS. (E6)*

*[...] o estado então resolveu que, como era mais ágil de contratar pessoas e de colocar para funcionar, isso foi a causa básica de ampliar o contrato com a organização social, ISGH. (E6)*

*Foi exatamente porque era mais fácil, o governo achava que se fosse fazer um concurso demorava muito. (E6)*

Tal fato tem contribuído de forma negativa para a fixação destes profissionais, gerando vazios assistenciais e acentuando a mobilidade médica, que interfere na continuidade das ações de saúde para a população.

Um médico pode ter mais de um vínculo em diferentes tipos de estabelecimentos, além de vínculos empregatícios simultaneamente na capital e no interior. Essa multiplicidade de formas de contratação produz dificuldades no planejamento e na gestão de profissionais, gerando salários diferenciados para o mesmo tipo de prestação de serviços e produzindo prejuízos ao sistema, onerando os cofres públicos.

Este processo alimenta a crise de financiamento do SUS, e tem influenciado na contratação de profissionais para áreas de difícil fixação profissional, além de produzir grande dificuldade na padronização de salários e direitos dos profissionais, podendo constituir-se em causa de conflitos.

A utilização da Organização Social (OSS) como forma de gestão das novas unidades de saúde regionalizadas por parte do governo ocorre, pois este último a considera mais barata e também uma solução para a gestão médica, com a contratação em regime CLT, já que o estado não pretendia fazer um concurso público, alegando demora no processo.

No entanto, mesmo com tantas modelagens de vinculação, consideramos que a melhor forma de vinculação ainda é o regime estatutário (via concursos públicos), que estabelece o respeito aos direitos trabalhistas e representa estabilidade profissional, questões relevantes que, associadas a uma remuneração satisfatória e digna ao trabalho em saúde, influenciam positivamente na prática profissional e na qualidade da atenção à saúde.

## Regulação do acesso à saúde na RAS

A garantia do acesso às ações e serviços de saúde requer o funcionamento de um sistema operante em rede, articulado e integrado por meio da regulação do acesso.

A regulação do acesso ou regulação assistencial, segundo a Política Nacional de Regulação do SUS, artigo II, inciso III, tem como objetivos:

[...] a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, p. 1).

Além de possibilitar o acesso dos pacientes na rede assistencial, a regulação do acesso é também um forte instrumento de gestão pública que permite o diagnóstico da saúde, por meio da identificação da oferta e da demanda de assistência nos diversos tipos de serviços de saúde (VILARINS *et al.*, 2012).

*[...] a regulação de acesso na saúde é para garantir, pelo menos teoricamente, o acesso das pessoas às ações e serviços de saúde em tempo oportuno, com atendimento qualificado, tudo isso. [...]. (E4)*

*A regulação está todo o tempo dizendo onde está ruim, falhando, criando gargalo. (E4)*

*Porque regular é ordenar o acesso, quem vai primeiro, quem vai depois em cima de critérios técnicos e de tempo de espera. (E9)*

*A regulação é você concentrar toda a oferta em uma central, daí você com uma visão macro, você vai organizar fluxos e garantir a integralidade e garantir o acesso com qualidade, isso é que é regular. (E9)*

*A regulação, ela é alimentada com as informações hospitalares, número de leitos vagos, capacidade e eu vou direcionando. (E9)*

*E a regulação ela é exatamente, ela transpassa toda essa capacidade de oferta para garantir que se alcancem esses princípios básicos do SUS. (E9)*

Destacamos a importância da regulação na garantia do acesso às ações e serviços de saúde; esta deve deter as informações necessárias para o melhor

direcionamento dos encaminhamentos de pacientes nos vários níveis de atenção, a depender das demandas apresentadas.

Para Sousa, a regulação produz informações que permitem a identificação de vazios assistenciais por meio das demandas reprimidas e da quebra de fluxo no desenho da rede assistencial regionalizada, além de apontar outras fragilidades do sistema de saúde que inviabilizam o acesso (SOUSA, 2008).

Vilarins *et al.* enfatizam que a regulação do acesso atua na promoção da equidade e da integralidade dos serviços de saúde e possibilita o atendimento às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (VILARINS *et al.*, 2012).

Apesar do reconhecimento da importância desse instrumento de diagnóstico para gestão em saúde no estado do Ceará, este não está sendo potencializado, visto a sua pouca utilização na tomada de decisões.

*Eu acho que ainda não se utiliza a regulação como instrumento de diagnóstico. Temos diagnóstico em tempo real, 24 horas por dia, da saúde do estado. (E4)*

*Acho pouco utilizado para subsidiar as tomadas de decisão, mas melhorar essa questão são processos que a gente fala separadamente, apesar de serem profundamente vinculados. (E4)*

Esta realidade também foi evidenciada por Sousa, ao estudar o complexo regulador como instrumento de gestão do SUS no estado do Mato Grosso (SOUSA, 2008).

O Ceará possui o complexo de regulação com centrais de regulação municipal e estadual (por região de saúde e por macrorregião).

Nas diretrizes da regulação assistencial:

A constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. (BRASIL, 2006b)

Este sistema deve ser interligado e permitir a comunicação das centrais para o direcionamento do fluxo de pacientes na rede assistencial, visando promover o acesso integral, efetivo e universal.

*O estado é dividido em 5 macrorregiões, mas em termos práticos, ainda trabalhamos na regulação com 3 macrorregiões, porque as 2 criadas ainda estão em processo de organização para poder atender a atenção terciária da população de lá. (E4)*

*Hoje, a gente ainda funciona na regulação e em muitos outros setores. (E4)*

*Então, é a macro Sobral, a macro Fortaleza e a macro Cariri. (E4)*

*Hoje, Fortaleza é responsável por 11 regiões de saúde, Cariri e Sobral por cima. (E4)*

*A regulação interna é responsabilidade do próprio município, pela legislação do SUS. (E4)*

*[...] a responsável do estado é quando a regulação é intermunicipal, de referência. (E4)*

*O paciente é atendido na atenção básica de um município X. Se ele precisa de algum exame ou ser encaminhado à atenção especializada, o médico faz esse encaminhamento. (E4)*

*[...] vai à secretaria de saúde do município dele, é colocado no sistema ou ele marca lá quando a agenda está disponível ou cai aqui na fila da regulação. (E4)*

*Então, tem alguns casos de município que faz parte de uma região e é referenciado para outra. É uma referência inter-regional entre regiões de saúde ou de uma para Fortaleza, no caso da macrorregião. (E4)*

*A regulação inter-macro, ocorre quando uma macro não tem resolubilidade, aí encaminha para outra macro. (E4)*

*Acontece muito de Sobral e Cariri encaminharem essas solicitações para cá, para que a gente possa fazer o agendamento ou tentar uma vaga hospitalar aos pacientes de lá. (E4)*

Apesar do desenho regionalizado, a regulação não tem conseguido responder às demandas de saúde da população, de forma que a garantia do acesso integral e universal à saúde ainda é um desejo do SUS, que se depara com pontos críticos que atuam como barreiras para o funcionamento em rede.

A regulação do acesso é um desses pontos críticos do sistema de saúde do Ceará, evidenciado pelas grandes filas de espera e pela superlotação nos grandes hospitais de referência do estado. Com efeito, essa situação se deve, em parte, à inoperância da integração da rede assistencial e à fragilidade de comunicação entre os diversos pontos e níveis, como apresentados anteriormente. Igualmente, outro fator deve ser lembrado, a saber, a pouca oferta de serviços disponibilizados para as centrais de regulação, o que ocasiona grandes filas de espera e encoraja a autonomia dos serviços, que, mesmo que de forma incoerente, atuam como reguladores do acesso, sem passar pela central de regulação.

*Porque você tem dificuldades na fragilidade da regulação, a regulação ela é frágil. (E9)*

*Porque a regulação implica em uma centralização de capacidades, de oferta, de tudo, para que a pessoa em cima da visualização holística do macro, ela consiga direcionar as coisas de maneira correta para os lugares corretos. (E9)*

*Se eu não tenho essa centralização ou se essa centralização se faz de maneira pífia ou parcial, eu não tenho como regular. (E9)*

*E há um feedback da falta de regulação, que cada vez mais destrói a regulação. (E9)*

*Então, do ponto de vista do controle da regulação, o meio controle ele é catastrófico. (E9)*

*Porque aonde eu não controlo passa tudo, e as pessoas são inteligentes, elas vão pra onde não tem o controle. (E9)*

*O HGF tem um call center. Você digita o que quer, quem foi o médico que encaminhou, lá resolvem se marcam ou não e ligam. (E4)  
Sou contra isso. Acho que não é papel da unidade, mas da regulação. (E4)*

*O HGF é público, referência estadual, de nível terciário, para AVC, renal crônico, neurocirurgia, uma série de coisas. No entanto, a grande maioria do que ele produz não está disponibilizada na central de regulação. (E4)*

A regulação, operada nas centrais de regulação, tem concentrado somente uma parte da oferta de serviços públicos do estado. Ademais, as unidades de saúde têm assumido um papel que não é de sua competência, que é o da regulação, por mais que seja de agenda interna/restrita, o que tem interferido no reconhecimento da capacidade de oferta pelo complexo regulador.

*Outra batalha da regulação estadual e municipal é que hoje só tem 23% da programação, mas 5% só da oferta do que Fortaleza produz está nas centrais. O resto está na própria unidade. Não são regulados. (E4)*

*Precisa ter uma decisão política do gestor para dizer que 30 e 70% vai para as centrais de regulação ou definir um parâmetro para isso, o que fica na regulação e na agenda restrita, porque a unidade precisa ter essa agenda restrita.(E4)*

*Às vezes, tem a oferta, mas não está na central. Quando está, o que as unidades alegam é que está superlotado e não tem profissional suficiente. (E4)*

Como a capacidade de oferta disponibilizada para a regulação não condiz com a oferta real do sistema de saúde, a regulação oficial vem sendo prejudicada, já que não consegue ter noção do todo para melhor direcionar os pacientes. Isso tem contribuído para a ampliação das intermináveis filas de demanda reprimida que, independente da disponibilização de toda oferta, iria existir, já que a oferta atual ainda é insuficiente para as demandas de saúde da população.

Um dos porquês dessa realidade é o fato de os serviços de saúde, em especial os hospitais de referência, só disponibilizarem cerca de 30% de toda oferta para ser regulada pelas centrais de regulação do estado, isso vem sendo justificado pela necessidade de agenda interna desses hospitais para os pacientes já em tratamento, fato que não impede que as centrais façam esse acompanhamento, se tudo estiver concentrado na regulação. Porém, tem-se observado que, de um modo ou de outro, pacientes novos conseguem ter acesso a esses serviços e são regulados por outros meios, além da regulação oficial.

Diante disso, Ferreira ressalta a importância da regulação do estado ficar a par de toda a oferta do estado, e assim qualificar a regulação do acesso no sentido de garantir melhor e oportuna resposta às necessidades de saúde do local (FERREIRA, 2010).

Para que isso aconteça, destacamos a necessidade de vontade e de decisão política dos governantes e dos gestores da saúde, não somente quando se trata da organização e normatização do funcionamento, mas, de forma imprescindível, no cumprimento às leis de financiamento do SUS.

É importante considerar que, além disso, a autonomia dos serviços tem gerado uma disputa de poderes de gestores e de profissionais da saúde quanto à regulação. A regulação passa a ser orientada por interesses individuais ou de corporações, mediada por relações de clientelismo.

*Eu tenho uma porta oficial da regulação onde todas as unidades deveriam concentrar suas agendas. Só que todo mundo, a agenda de uma unidade ela representa poder, não tenha dúvida que é por poder. (E9)*

*Eu tenho o poder de distribuir exames, consultas, internações que são a prestação do serviço. (E9)*

*[...] regulações individuais do profissional médico, que é um grande regulador individual a depender dos seus interesses. (E12)*

*Eu sou o Dr. Fulano de tal, no dia do meu plantão todo mundo entra, eu consigo dar um jeito. Eu sou o Dr. Sicrano, no dia do meu plantão não tem vaga. (E9)*

Percebemos que o poder sobre a decisão em saúde com base em interesses pessoais tem prejudicado a equidade em saúde e o funcionamento do SUS, quer seja na não oferta de serviços, quer seja na maior oneração de custos das práticas de saúde.

É possível inferirmos que o complexo regulador encontra-se frágil e pouco efetivo, o que abre precedente para a ocorrência de outras formas de regulação, que têm aprofundado essa fragilidade. Por outro lado, a regulação extraoficial vem sendo a solução de acesso para muitos usuários, configurando um acesso desigual, com risco à integralidade e à efetividade em saúde.

A regulação extraoficial é frequente, e acontece por meio de várias formas:

*[...] geralmente, se chegou lá, é porque ela já passou pela regulação, em teoria, porque muito do que chega não passa pela regulação. (E12)*

*A gente sabe, porque a regulação só regula um pequeno pedaço do processo, a regulação oficial do SUS. (E12)*

*Existe uma regulação paralela, pois regulação oficial o paciente morre. [...]. (E5)*

*Regulação por WhatsApp, também tem a regulação de saúde solidária de um município para outros (cede). (E5)*

*O que a gente percebe é que existe, que aí é extraoficial, uma regulação que é feita, que eu estou chamando de regulação, que eu não sei se a palavra é essa para não confundir, mas há um acesso que é feito pelo caminho das relações de conhecimento, de amizade ou do meu consultório, enfim que não é tão pequena. (E12)*

*[...] porque se o controle for do doutor, da enfermeira, do maqueiro, do porteiro aí tá ruim, e hoje nós temos o quê? (E12)*

*Essa porta da informalidade do controle ela é dez, vinte, trinta vezes maior do que a porta oficial do controle do sistema nas redes de atenção, e isso sabe o que acontece? (E12)*

*Eu vou marcar na central de regulação uma consulta de especialidade em neurologia, aí eu estou com uma dor de cabeça, estou tonto, estou com a visão dupla preciso ir ao neurologista. (E9)*

*Lá no sistema a capacidade instalada que ta posta pra regulação só me permite lhe marcar consulta daqui a três meses. (E9)*

*[...] vem muita gente sem regulação. (E4)*

Diante deste cenário, as estratégias de regulação informal adotadas pelos usuários do sistema, por gestores e por profissionais de saúde indicam que as redes de contatos pessoais são a alternativa mais viável para se conseguir acesso aos serviços de saúde. Este tipo de regulação é recorrente, e tem sido permeada pelo clientelismo e pelos interesses individuais dos profissionais dos serviços. Justifica-se o uso dessa alternativa, visto que a regulação formal não tem respondido de forma satisfatória às demandas de saúde. No entanto, isso tem comprometido a equidade no acesso ao SUS.

Identificamos que a utilização das tecnologias de comunicação tem potencializado esse tipo de regulação paralela, como, por exemplo, o citado uso do aplicativo WhatsApp para regular usuários.

Para Aguiar, “Tal ferramenta têm se mostrado mais útil na articulação dos atores na busca por leitos do que as ferramentas tecnológicas institucionalizadas” (AGUIAR, 2015, p. 3).

Contudo, questiona-se o acesso para além da entrada nos serviços de saúde, incluindo então os fatores que contribuem para uma cobertura efetiva: recursos profissionais, tecnológicos e estruturais que são requeridos ao funcionamento do sistema de saúde (TRAVASSOS, 2012; DONABEDIAN, 1973).

*Na parte ambulatorial, temos filas em determinadas especialidades que são muito grandes e algumas delas, provavelmente, o paciente ou não vai conseguir chegar lá ou vai demorar muito. (E4)*

*[...] o que é que é esperado de uma unidade que o cara já está regulado, já era pra esse ser o acesso efetivo. Exatamente isso expressa uma dificuldade de acesso efetivo, e a outra coisa que é muito comum, é aquela situação em que o cidadão agendou, passou pela regulação e chega lá não consegue fazer o procedimento. [...] A maioria é porque o profissional não está lá na hora pra fazer o procedimento. Aí é porque ele foi pra um congresso, é porque ele tirou folga. (E12)*

*É falta de protocolo. A decisão passa a ser pessoal. (E9)*

*Também, o que venho batendo aqui com a coordenadora estadual para regulação é a questão dos protocolos de encaminhamento. Acho que a gente precisa sentar e escrever esses protocolos. Já existe, inclusive, toda uma metodologia disponibilizada pelo próprio Ministério da Saúde, publicada em 2014, orientando a fazer esses protocolos de encaminhamento. Tem essas coisas que precisam ser definidas. (E4)*

A falta de profissional médico, a falta de protocolos e as grandes filas de demanda reprimida são barreiras na garantia do acesso efetivo. Segundo Andersen, o acesso efetivo diz respeito ao uso de serviços que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços (ANDERSEN, 1995).

Neste sentido, o secretário de saúde do estado discorre que “Mesmo quando o acesso acontece, precisa-se focar na resolução, na efetividade, do contrário, continuaremos assistindo internações prolongadas, ausências de protocolos, filas intermináveis, comunicação frágil entre os pontos e níveis da rede” (COSEMS, 2015, p. 27).

Dollora enfatiza a importância da elaboração e da implantação de protocolos de regulação para a qualificação do acesso. Ressalta também a necessidade da reavaliação constante da oferta de ações e serviços nas unidades de saúde para melhor atuação da regulação (DOLLORA, 2010).

Outro ponto crítico tem a ver com a qualificação dos profissionais e dos encaminhamentos. É importante que os encaminhamentos contenham todas as informações do problema de saúde do usuário, expostas de forma clara e segura para melhor direcionar a prioridade do atendimento. Além do mais, os encaminhamentos

devem respeitar o fluxograma e os critérios técnicos estabelecidos. Para tanto, faz-se necessárias a criação de protocolos de regulação e a qualificação profissional para atuação no sistema de saúde (BRASIL, 2006e).

*As pessoas que vêm com esses encaminhamentos bem redondinhos conseguem ter acesso. (E4)*

*Às vezes é paciente grave, mas a gente só sabe quando ligam dizendo, porque na solicitação não tem nada escrito. É um grande problema. (E4)*

*Mas o médico da emergência que é o que vai dizer manda ou não manda, ele precisa ser trabalhado no ponto de vista do conhecimento. (E4)*

*Talvez tivesse que haver algum seminário, alguma coisa pra poder abrir a cabeça desse pessoal. (E9)*

*Enquanto você ouvir o chefe da emergência do hospital A, B ou C dizer que o problema é o interior que está mandando tudo pra cá, ele não tem nem noção do que é SUS. (E9)*

A fragilidade no encaminhamento está relacionada à falta de informação na guia de referência do usuário, inviabilizando o reconhecimento da complexidade do caso e comprometendo o direcionamento e a priorização do acesso, o que pode sugerir insegurança e falta de conhecimento do profissional que encaminha o paciente.

Outra observação que fazemos diz respeito à falta de compreensão dos profissionais da assistência acerca do funcionamento do sistema de saúde. Ponderamos que esse fenômeno pode ser reflexo do processo formativo, visto que, em grande parte, a formação não é direcionada ao SUS, o que contribui para acentuar as dificuldades na sua implementação.

Gawryszewski *et al.* concluem que:

*À medida que a regulação assistencial busca organizar a oferta de serviços, exige também que sua interface vá além dos sujeitos envolvidos na ação, perpassando a pactuação com os serviços públicos e, também, com os privados – estes últimos identificados como necessários para a complementaridade assistencial. Nesse contexto, deve-se pontuar que a regulação assistencial é atravessada por quatro linhas de força – o estado, os serviços privados, os trabalhadores na sua ação cotidiana e os usuários que buscam os serviços –, caracterizando um sistema contraditório e repleto de tensões, próprio de um cenário complexo e que contempla diferentes sujeitos no curso*

da sua ação. Essa rede de forças e de relações acaba por determinar o melhor ou o pior resultado da ação das Centrais de Regulação, ora privilegiando os interesses individuais, ora os coletivos, por um lado, e ora os públicos, ora os privados, por outro, em função da rede de tensões que se estabelece (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2012. p. 121).

Assim, apontamos como problemáticas que permeiam a regulação do acesso: a restrita oferta disponibilizada para regulação, a existência das outras formas de regulação de acesso, a autonomia dos serviços, as relações de poder sobre a oferta e a falta de profissionais de saúde, em especial médicos especialistas, a falta de protocolos, a necessidade de qualificação profissional e de ampliação da capacidade instalada, além de outros suportes, como transporte sanitário, equipamentos e outros insumos.

Consideramos que os entraves que restringem a regulação do acesso no sistema de saúde do estado do Ceará encontram-se embutidos nas fragilidades da gestão e da regulação da saúde. Tais problemas afetam seriamente o funcionamento da rede e maltratam os usuários dos serviços públicos.

*Essa dificuldade de recursos humanos, ela tem retardado, eu não digo impedido porque não vai impedir não, mas ela tem retardado um pouco essa descentralização e essa consolidação dessa capacidade necessária pra que o SUS se expresse como uma realidade. (E9)*

*Então, nós temos dificuldades reais que precisam ampliar a oferta de serviço, tanto na parte física quanto na parte de recursos humanos. (E9)*

*[...] quanto nós temos dificuldade na organização, na gestão e uso de protocolo. (E9)*

*Então nós temos muitas situações difíceis na saúde. E eu não estou falando do Ceará não, eu estou falando do Brasil. (E9)*

Para Pierantoni *et al.*, um dos componentes centrais de qualquer sistema de saúde está na sua força de trabalho. E são reconhecidas as desigualdades de distribuição, tanto de profissionais, como de equipamentos para a formação. “A falta de profissionais de saúde, acompanhada de pouca informação disponível sobre quantos e como são distribuídos os existentes, reduz a capacidade de planejamento, orientação e melhor distribuição dessa força de trabalho” (PIERANTONI *et al.*, 2015, p. 1).

Neste sentido, Pradere enfatiza que o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde é um processo social, não exclusivamente técnico, e que é através do fortalecimento de políticas de promoção e de uma oferta adequada de profissionais de saúde que alcançaremos a melhoria da qualidade de vida da população (PRADERE, 2011).

Podemos concluir que é necessário promover o fortalecimento e a qualificação do processo de regionalização, com maior integração da RAS e com o fortalecimento dos instrumentos de gestão e o desenvolvimento de estratégias que respondam aos desafios da implementação da RAS/SUS no estado; tendo como aspecto central os desafios que permeiam a força de trabalho médica da RAS do Ceará.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos destacar por meio desse estudo que programas como PMAQ e o Mais Médicos têm constituído influências positivas na fixação e em uma melhor distribuição da força de trabalho médica no Ceará; e associado a isso, há ainda o incremento da rede de serviços no interior do estado. No que se refere à formação médica, a inovação da SURCE tem provocado mudanças no processo seletivo da residência médica do estado, de forma a favorecer a maior ocupação das vagas nos diversos programas de residência, além de promover qualificação da formação médica por meio de *feedbacks* junto às instituições formadoras.

Em relação à distribuição de médicos, observamos que o Ceará possui uma razão muito baixa de médicos por habitantes, se comparado com regiões mais desenvolvidas do planeta, ou mesmo com as regiões mais ricas do Brasil, ficando acima, em termos de Brasil, apenas dos níveis verificados nas regiões Norte e outros estados do Nordeste, como o Maranhão, em especial nas regiões mais pobres e remotas.

O Ceará apresenta uma má distribuição quando comparamos capital e interior, e também quando comparamos as regiões de saúde, destacando que as regiões sede de macrorregiões de saúde (Fortaleza, Juazeiro do Norte e Sobral), situadas em polos de maior desenvolvimento econômico e social, apresentam a maior oferta de profissionais médicos.

O interior do estado, que possui menor desenvolvimento sócio-econômico, apresenta grande dificuldade de fixação de profissionais médicos e, conseqüentemente, apresenta menor oferta de ações e serviços de saúde, dificultando tanto a consolidação, quanto a qualificação da atenção básica, e ainda a implementação das outras redes de atenção à saúde.

Em relação à oferta de serviços médicos para a população do SUS, identificamos que cerca de 1,03 médicos por mil habitantes estão disponíveis para atender as demandas da população usuária do SUS, enquanto que, para os usuários de planos de saúde privados, essa disponibilidade aumenta para uma razão de 2,5 médicos por mil habitantes.

No que se refere ao tipo de vinculação dos médicos, observamos que no estado do Ceará há uma variação de tipos de vínculos, sendo que, na capital, há um maior número de médicos com vínculos tipo estatutário. E, no interior, há maior vinculação por meio do regime de contrato temporário, o que nos permite concluir que no interior ocorre maior fragilidade na vinculação dos profissionais médicos.

Entre os períodos de dezembro de 2008 e dezembro de 2015, na capital do estado, houve um aumento de 9% no número de “vínculos médicos” nos estabelecimentos públicos; e no interior, no mesmo período, este aumento percentual foi bem mais expressivo, de 29,29%, ou seja, cerca de três vezes superior ao da capital.

Observamos que a capital é o município onde há a maior concentração e diversidade de especialistas, portanto, a maior oferta de serviços de saúde especializados. Entretanto, segundo as narrativas dos gestores entrevistados, ainda há escassez de médicos especialistas na capital para alguns serviços e atividades, como os plantões 24h. Em relação às regiões do interior do estado, identificamos como fatores limitantes para disponibilidade de médicos: a maior distância entre a região de saúde e a capital e baixa remuneração para especialistas.

Apesar de o Ceará apresentar um número significativo de médicos especialistas, tanto em potencial quantitativo como qualitativo, ainda há deficiências e até mesmo falta na oferta de algumas especialidades médicas para atuarem nos serviços públicos de saúde no estado como um todo.

As especialidades para as quais os gestores dos serviços públicos de saúde sentem maior dificuldade de contratação no estado do Ceará, segundo os informantes-chaves do nosso estudo são: anestesiologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, neonatologia, dermatologia, neurologia, neurocirurgia, cirurgia vascular, cardiologia, endocrinologia e medicina de família e comunidade. Outra dificuldade sentida é a de garantir médicos, de uma forma geral, para os serviços de urgência e emergência.

Houve um aumento da oferta de cursos de graduação no estado, e este aumento aconteceu de forma descentralizada e interiorizada, possibilitando a ampliação da disponibilidade de médicos no estado e, com isso, induzindo a um progressivo impacto positivo nos serviços de saúde em médio e longo prazo.

Ainda não contamos com o número necessário de vagas nos programas de residência médica, já que as instituições de ensino têm formado um número maior de médicos em relação à oferta de vagas nos programas de residência médica, sendo necessárias, portanto, a ampliação e interiorização, a caminho da esperada universalização da residência médica prevista no PMM.

Identificamos que frequentemente a oferta e o número de vagas têm sido determinados por médicos, corporações e pelas instituições que coordenam os programas de residência médica, a fim de atender aos seus interesses, e não de forma a responder às demandas dos serviços de saúde.

Quanto à implementação das RAS no estado, esse processo mostra-se fragilizado, apresentando fragmentação na gestão e na atenção à saúde. Podemos observar que, em parte, isso se deve à grande autonomia dos pontos de atenção à saúde, o que tem ocasionado a descontinuidade dos fluxos previstos no desenho em rede.

Apontamos como problemáticas implicadas na regulação do acesso: a restrita oferta disponibilizada para regulação, a existência das outras formas de regulação de acesso, a autonomia dos serviços, as relações de poder sobre a oferta e a falta de profissionais de saúde, em especial médicos especialistas, a falta de protocolos, a necessidade de qualificação profissional e de ampliação da capacidade instalada, além de outros suportes, como transporte sanitário, equipamentos e mais insumos.

Com isso, reconhecemos que, para garantir o direito universal à saúde, é importante garantir uma rede de serviços regionalizada, com a presença de profissionais médicos, e isso requer do estado o desenvolvimento permanente de políticas eficazes que assegurem a integração e o funcionamento das RAS, bem como o provimento, a formação e a fixação de médicos para garantir a oferta de ações e serviços de saúde segundo as necessidades de saúde da população.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, M. S. & GALLIAN, D. M. C. Formação Médica e Serviço Único de Saúde, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 38, n. 3, p. 388-396, 2014.

AFONSO D. H. & SILVEIRA L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica, **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, vol. 11, (Supl. 1), 2011. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=313](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313). Acesso em 16 de janeiro de 2016.

AGUIAR, F. C. & MENDES, V. L. P. S. Saúde 2.0: Tecnologias de informação e comunicação (Tics) e regulação paralela de leitos de UTI na era da interação. In: **XVI Congresso Latino-Iberoamericano de Gestão de Tecnologias**, 2015, Porto Alegre. Anais do XVI Congresso Latino-Iberoamericano de Gestão de Tecnologias, 2015, vol. 1, s/p.

AITH F.; SATURNINO, L. T. M.; DINIZ, M. G. A. & MONTEIRO, T. C. **Saúde e Direito, um Diálogo Possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010.

ALBUQUERQUE, M. V. **Enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2013.

ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L.; MELLO, G. A. O processo de regionalização nos estados brasileiros. In: VIANA, A. L. D. & LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

ALESSIO, M. M. **Análise da implantação do Programa Mais Médicos**. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

ALMEIDA, M. H. T. O Estado no Brasil contemporâneo. In: MELO, C. R.; SÁEZ, M. A. (Orgs.). **A Democracia Brasileira: balanço e perspectivas para o século 21**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados, **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, vol. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 de fevereiro de 2016.

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde, **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol. 29, n. 2, p.136-146, 2005.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?, **Journal of Health and Human Behavior**, Nova Iorque, vol. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro, 2005.

ARAÚJO, J. P. D. **Origens e desenvolvimento das políticas públicas de saúde no estado do Ceará**. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, 1997.

AZEVEDO, C. E. F.; OLIVEIRA, L. G. L.; GONZALEZ, R. K. & ABDALLA, M. M. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. In: **IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade**, 2013, Brasília. Anais do IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, 2013, vol. 1, s/p.

BARROS, F. C. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward, **The Lancet**, vol. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

BATISTA, S. H. S. *et al.*, Education in Health: reflections from the Pro-Health and PET-Health Programs, **Interface**, Botucatu, vol. 19, (Supl. 1), p. 743-52, 2015.

BOTTI, S. H. O. & REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>. Acesso em 5 de maio de 2016.

BOTTI, S. H. O. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes, **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, vol. 11, (Supl. 1), p. 102-106, 2012. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=317](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=317). Acesso em 16 de maio de 2016.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde de 1963**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde – 1941-1992. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.1, n.1, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001b. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Portal do MEC**, Brasília, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 1 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Rede de Observatórios de Recursos Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/prtsgtes.pdf>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da educação e do Trabalho em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Portaria nº 198. Brasília: Gabinete do Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. PRO-Residência Médica. Comissão Nacional de Residências Médicas, 2005. **Portal do MEC**, Brasília, 2005. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=16114:programas-de-residencia-medica-beneficiario-regioes-carentes&catid=212&Itemid=86](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16114:programas-de-residencia-medica-beneficiario-regioes-carentes&catid=212&Itemid=86). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. (Série Pactos pela Saúde, v.3). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Análise da Força de Trabalho do Setor Saúde no Brasil:** focalizando a feminização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle dos Sistemas. **Diretrizes para a Implantação de Complexos regulatórios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Departamento de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde. **Pro-Saúde:** Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intra-estadual:** orientações para organização e funcionamento. (Série Pactos pela Saúde, v.10). Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. **Avaliação das necessidades de médicos especialistas.** Portal do MEC, Brasília, 2009c. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=1509&Itemid=95](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1509&Itemid=95). Acesso em 6 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde Decreto n. 7.385, de 8 de Dezembro de 2010. Institui a UNA-SUS. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Sistema CNRM - de dados de 2002-2009. **Portal do MEC,** Brasília, 2010c. Disponível em: [http://mecs04.mec.gov.br/sesu/SIST\\_CNRM/APPS/cons\\_res\\_inst.asp](http://mecs04.mec.gov.br/sesu/SIST_CNRM/APPS/cons_res_inst.asp). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 2.087, de 1º de setembro de 2011. Programa de Valorização da Atenção Básica- PROVAB. **Portal do Ministério**

**da Saúde**, Brasília, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.562, de 15 de setembro de 2011. Residências Médicas. **Portal da Legislação**, Brasília, 2011c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 2011d. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Portal da Legislação**, Brasília, 2012a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Presidência da república, Casa Civil. **Portal da Legislação**, Brasília, 2012b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D80281.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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. Presidência da República. **Portal da Legislação**, Brasília, 2012c. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, Dispõe sobre referenciais da bioética em pesquisas. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 2012d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. **Portal da Legislação**, Brasília, 2012f. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Agenda positiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Medida Provisória n. 621, de 8 de julho de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos e outras providências. Portal da Legislação, Brasília, 2013b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNMR n. 2, de 03 de julho de 2013. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica das instituições de saúde que oferecem programas de residências médicas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do trabalho em Saúde: **Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Mais Médicos. Abertas as inscrições de propostas para novos cursos de medicina. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 2014b. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34941-mais-medicosabertas-as-inscricoes-de-propostas-para-novos-cursos-de-medicina>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil; avaliação da eficácia do programa. TC nº 005.391/2014-8. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014c.

\_\_\_\_\_. IBGE. Perfil do Estado do Ceará. **Portal do IBGE**, Brasília, 2014d. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Frente Nacional de Prefeitos. Carta aberta: **Cadê o médico?** 2014e. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/296/carta-aberta-frente-nacional-de-prefeitos-programa-mais-medicos.html>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Contrato Organizativo de Ação Pública-COAP. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 2015b. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1066-sgepraiz/dai-raiz/cgcoi/11-cgcoi/16171-coap-assinados-cgcoi>. Acesso em 10 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto** n. 8.516, de 10 de setembro de 2015c. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Portal da Legislação**, Brasília, 2015c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/decreto/d8516.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8516.htm) . Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de Sistema de Informação Hospitalar. Brasília, 2015d. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/sih/versoes/manuais/MANUAL\\_SIH\\_janeiro\\_2015.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/sih/versoes/manuais/MANUAL_SIH_janeiro_2015.pdf). Acesso em 10 de maio de 2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 2016a. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/>.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 03/2016 e População - IBGE/Datasus/2012. **Portal da Agência Nacional de Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, 2016b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais#sthash.zyXsJ0t9.dpuf>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

CAMERON, Ian. Increasing recruitment and retention of doctors in rural and remote areas: Australia as a case study. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde - Seminário Internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M; DRUMOND, J. R. M. & CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009b.

CAMPOS, C. V. A. & MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família, **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, vol. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CANÔNICO, R. P. & BRÊTAS, A. C. P. Significado do programa vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área da saúde. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 21, n. 2, p. 256-61, 2008.

CAPOSSOLO, A. A. **No olho do furacão**. Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

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

CARVALHO, M. S. **Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica: um olhar implicado sobre sua implantação.** [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

CASTELLS, M. A. **Estudo dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Rio de Janeiro: a questão da preceptoria.** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. COPOS/NUPLA. **Núcleo de Planejamento em Saúde. Plano Diretor de Regionalização (PDR) para 2006: propostas de qualificação.** Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização: reorganização das ações e serviços de saúde (PDR/2006).** Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Coordenação de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES). **Criação da CGTES.** Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2007-2010.** Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Decreto n. 29.987, de 01 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada a Saúde do Estado do Ceará.** Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Relatório dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde 2008.** Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada.** Fortaleza, Secretaria da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/perfil-do-programa>. Acesso em 18 de abril de 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. Coordenação de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES). **Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Força de Trabalho do Ceará.** Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor Regional.** Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde do Estado do Ceará – PROEXMAES. **Diário Oficial do Estado do Ceará,** Fortaleza, 2015.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 5, p. 1400-1410. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>. Acesso em 16 de fevereiro de 2016.

COELHO, L. C. A. **Educação interprofissional na formação superior em saúde: análise do programa educação pelo trabalho (Pet-Saúde/Saúde da Família)**. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Sobral, 2013.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO CEARÁ [COSEMS]. Entrevista com o secretário de saúde do estado do Ceará, **Revista Sustentação**, Fortaleza, vol. 36, n. 36, s/p, 2016. Disponível em: [http://issuu.com/cosemsceara/docs/vers\\_o\\_final\\_pdf/17?e=0](http://issuu.com/cosemsceara/docs/vers_o_final_pdf/17?e=0). Acesso em 18 de maio de 2016.

COSTA LIMA, A. R. **Mobilidade do trabalho e disponibilidade de médicos no Brasil**. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2013.

DAL POZ, M. R. Cambios en la contratacion del recursos humanos: el caso del programa de salud de la família em Brasil, **Gaceta Sanitaria**, vol. 16, n. 1, p. 82-88, 2002.

DAL POZ, M. R.; GIRARDI, S. N. & PIERANTONI, C. R. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / Ministério da Saúde / Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

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

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1964. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>. Acesso em 30 de março de 2016.

DIAS, C. M. G. C. *et al.* O PET-Saúde como ferramenta estratégica de implantação de um curso de medicina em uma universidade pública: relato de uma experiência, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 36, n. 1. (Supl. 2), p. 76-79, 2012.

DOLLARA, M. E. L. V. **Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário**. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

FAVERET, A. C. S. C. **Prontuários de Bases de Dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil**. Brasília: IPEA, 2009.

FERREIRA, J. B. B. **Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde**. [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública, 2007.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores, **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, vol. 14, n. 33, p. 345-358, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FILHO, L. **Como evitar a rotatividade do médico de família**. Artigo publicado em site. 2012. Disponível em: <http://leonardof.med.br/2012/05/28/como-evitar-a-rotatividade-do-medico-de-familia/>. Acesso em 7 de junho de 2016.

FLEURY, S. & OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANALLA *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V; LIMA, L. D. & BAPTISTA, T. W. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. & IBAÑEZ, N. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C. & GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GIRARDI, S. N.; PETTA, H. L.; OLIVEIRA, V. A. **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas percebida pelos gestores da saúde**. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2466.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2015.

GIRARDI, S. N. (Org.). **Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais / NESCON, 2009.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2010.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Diagnóstico e Dimensionamento da Demanda por Especialidades e Residências Médicas em Minas Gerais**. Belo Horizonte: NESCON / FM / UFMG, 2011.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Estudo de preferência declarada sobre atributos relevantes para a atração e fixação de médicos no Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: NESCON / FM / UFMG, 2012a.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Monitoramento da demanda por especialidades e residências médicas no Brasil. Relatório Final**. Belo Horizonte: NESCON / FM / UFMG, 2012b.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: EPSM / NESCON / FM / UFMG, 2012c.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Estudo de Levantamento de Aspectos Demográficos, de Formação e de Mercado de Trabalho das Profissões de Saúde de Nível Superior no Brasil. Relatório Final**. Belo Horizonte: EPSMP / NESCON / UFMG, 2014.

GOMES, A. P. (Trans) **Formação da educação médica: é possível mudar o perfil do egresso com base em modificações no método de ensino-aprendizagem?** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Ciências/Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, 2011.

HALL, T. Why plan human resources for health. *Apud* GIRARDI, S. N. (Org.). **Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas. Relatório de Pesquisa. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais / NESCON, 2009.

IBANHES, L. C. *et al.* Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR [ISGH]. **Site institucional da Organização Social de Saúde**. Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.isgh.org.br/>. Acesso em 16 de maio de 2016.

KUSCHNIR, R. & CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L. A falta de médicos é o grande desafio do PSF. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 18 de maio 2013. Disponível em: <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/falta-de-medicos-e-o-grande-desafio-do-psf-1.134578>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

LOBATO, L. V. & GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

MABLE, A. L. & MARRIOTT, J. Steady state: finding a sustainable balance point, **International review of health workforce planning**. Wolfe Island: Health Human Resources Strategies Division, 2001.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para Distribuição e Fixação de Médicos em Sistemas Nacionais de Saúde**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Preventiva, Programa de Pós- graduação em Política, Planejamento e Administração em Saúde, 2007.

MACIEL, F. R. & BRANCO, M. A. F. **Rumo ao Interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

\_\_\_\_\_. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

\_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. & BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO-MARTÍNEZ F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOTA, M. V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde no estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Práticas de Saúde Pública, 2007.

MONTE-NEGRO JÚNIOR, R. A SURCE e sua importância para a formação médica. **O Povo**, Fortaleza, 29 de dez 2015. Disponível em: <http://www.opovo.com.br/app/opovo/opiniaio/2015/12/29/noticiasjornalopiniao,3554877/a-surce-e-sua-importancia-para-a-formacao-medica.shtml>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

COSTA NETO, A. M. *et al.* Avaliação do processo de trabalho dos médicos inseridos no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – no estado do Piauí, **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 1-13, 2015.

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

NORONHA, J. C.; LIMA, D. L. & MACHADO, C. V. Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino Médico no Brasil**: Desafios e prioridades, no contexto do SUS - um estudo a partir de seis estados brasileiros. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Ensino de Biociências e Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE [OMS]. **Informe Mundial de Saúde 2010**: atenção primária à saúde - mais necessária que nunca. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD [OPAS]. **Conferência Panamericana sobre Planificação de Recursos Humanos em Salud**. Ottawa/Canadá, 1973; Washington, 1974.

\_\_\_\_\_. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La Renovación de La Atención Primaria de Salud em las Américas. Washington: Organizacion Panamericana de La Salud, 2008.

\_\_\_\_\_. **A atenção à saúde coordenada pela APS**. Construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

PANINI, P. G. **Motivos para a rotatividade dos médicos na Estratégia de Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS**. [Monografia de Especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Administração, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70546>. Acesso em 9 de março de 2016.

PEREZ, F. Sem vaga para os cubanos. **Isto é**, Rio de Janeiro, s/p, 6 mar 2015. Disponível em: [http://www.istoe.com.br/reportagens/407830\\_SEM+VAGA+PARA+OS+CUBANOS](http://www.istoe.com.br/reportagens/407830_SEM+VAGA+PARA+OS+CUBANOS). Acesso em 1 de novembro de 2015.

PERPÉTUO, I. H. O. *et al.*, **A categoria profissional dos médicos**: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

PETTA, H. L. Formação de Médicos Especialistas no SUS, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 37, n. 1, p. 60-79, 2013.

PIERANTONI, C. R. As reformas de Estado, da saúde e recursos humanos: limites, possibilidade, **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A. C.; SANTOS, M. F.; VARELLA, T. C. & MATSUMOYO, K. S. **Gestão do trabalho e da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS / UERJ / ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, C. R. *et al.*, Nota Técnica 4/2015: Formação médica em nível de graduação: análise do período 2000-2013. In: VIANA, A. L. D. *et al.* **Projeto de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**, aprovado na Chamada MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/06/NovosCaminhos4.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2016.

PIERANTONI, C. R.; MAGNAGO, C. **Oferta e necessidade de recursos humanos em saúde. República Federativa do Brasil**. Montevideu: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2015.

PINTO, E. S. G. **Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família**. [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, 2008. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14643>. Acesso em 7 de março de 2016.n. 51, p. 105-120, 2014.

PONTES, R. J. S. *et al.* Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* (Orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.

PONTES, R. J. S. **Modelo de Governança, Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no Estado do Ceará**: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados. Projeto de pesquisa aprovado no Edital PPSUS/REDE/MS, 2012.

PRADO, J. C. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca, **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 34, 2015.

PRATES, A. M. Q. Os consórcios públicos municipais no Brasil e a experiência europeia: alguns apontamentos para o desenvolvimento local. In: **III CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA**, 2010, Brasília. Anais eletrônicos do III CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2010, vol. 1, s/p. Disponível em: [http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_II\\_I\\_congresso\\_consad/painel\\_1/os\\_consorcios\\_publicos\\_municipais\\_no\\_brasil\\_e\\_a\\_experiencia\\_europeia\\_alguns\\_apontamentos\\_para\\_o\\_desenvolvimento\\_local.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_I_congresso_consad/painel_1/os_consorcios_publicos_municipais_no_brasil_e_a_experiencia_europeia_alguns_apontamentos_para_o_desenvolvimento_local.pdf)>. Acesso em 7 de setembro de 2015.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil. Consultoria Legislativa**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/geo.php>. Acesso em 8 de abril de 2016.

RIBEIRO, K. R. B. & PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol. 34, n. 4, p. 161-165, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>. Acesso em 8 de maio de 2016.

RODRIGUES, C. D.; WITT, R. R. Competencies for preceptorship in the Brazilian health care system, **J Contin Educ Nurs**, vol. 44, n. 11, p. 507-152. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20130903-63>. Acesso em 8 de abril de 2016.

ROUQUAYROL, M. Z. & SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ROURKE, J. Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. **JAMC**, vol. 172, n. 1, p. 62-65, 2005.

ROSSANI, E. & LAMPERT, J. B. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais, **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, vol. 18, n. 1, p. 87-98, 2004. Disponível em: [http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140521092044v18n1\\_09formacaopr of.pdf](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140521092044v18n1_09formacaopr of.pdf). Acesso em 27 de março de 2016.

SALES, T. B.; ANDRADE, M. A.; LUNA, A. P. & FEITOSA, L. B. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44, n. 5, p. 950-956, 2010.

SANTOS, B. R. L. & THIESEN, F. V. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde fortalecendo a interdisciplinaridade na formação dos profissionais da área da saúde, **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, vol. 3, n. 1, p. 1-1. 2010. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/8292/5947>. Acesso em 7 de janeiro de 2016.

SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS, L. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização**. Brasília, BVS. 2011. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>. Acesso em 7 de dezembro de 2015.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 11 p. 3547-3552, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3547.pdf>. Acesso em 5 de maio de 2016.

SARMENTO, L. PGM 699 - Programa Mais Médicos. **TV Brasil**, Brasília, set. 2013. Disponível em: <http://tvbrasil.ebc.com.br/observatorio/post/pgm-699-programa-mais-medicos-03092013>. Acesso em 1 de novembro de 2015.

SARTOR, S. G. & SOUZA, P. F. Valorização da atividade de preceptoria em três eixos. In: **13º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**, 2015, Natal. Anais eletrônicos do 13º CONGRESSO BRASILEIRO

DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2015, vol. 1, s/p. Disponível em: [http://cbmfc2015.websiteseuro.com/trabalhos/tabela\\_aprovados.php](http://cbmfc2015.websiteseuro.com/trabalhos/tabela_aprovados.php).

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil**: dados gerais e descrições de desigualdades. Volume 1. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>. Acesso em 6 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_. **Demografia Médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. Relatório de Pesquisa. Volume 2. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva / Faculdade de Medicina da USP / Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Conselho Federal de Medicina, 2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>. Acesso em 6 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_. **Demografia Médica no Brasil**. Volume 3. 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. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Acesso em 6 de maio de 2016.

SEIXAS, P. H. D.; CORRÊA, A. N. & MORAES, J. C. MigraMed - Migração Médica no Brasil: Tendências e Motivações. In: PIERANTONI, R. C.; DAL POZ, M. R. & FRANÇA, T. **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ObservaRH, 2011.

SEIXAS, P. H. D. A. Médicos em saúde da família na cidade de São Paulo, 2011. In: SILVA, J. A.; SEIXAS, P. H. D. A.; MARSIGLIA, R. M. J. (Orgs.). **Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo**. São Paulo: Cealag-Mem-non, ObservaRHSP, 2012. Vol 2. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/.../bisvol15-n2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/.../bisvol15-n2.pdf). Acesso em 16 de maio de 2016.

SEIXAS, P. H. D.; SILVESTRE, D. A. M. M.; VIANA, A. L. D.; UCHIMURA, L. Y. T. & PEREIRA, A. P. C. M. **Movimentação médica no Brasil. Nota técnica 02/2015. Regiões e Redes**. São Paulo, 2015. Disponível em: [www.resbr.net.br](http://www.resbr.net.br). Acesso em 16 de março de 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais, **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

\_\_\_\_\_. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração, **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, H. P; MOTA, P. H. S. Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: Evidências Sobre o Atual Estágio de Conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros. Pesquisa Política, Planejamento e

Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, **Novos Caminhos**, São Paulo, n. 11, 2015a. Disponível em: [www.resbr.net.br](http://www.resbr.net.br). Acesso em 1 de novembro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Sozinhos não somos efetivos. Nota técnica. Projeto de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. São Paulo, 2015b. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/sozinhos-nao-somos-efetivos>. Acesso em 16 de fevereiro de 2016.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil), **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SIMÕES, J. C. No Brasil faltam médicos: mito ou realidade? **Revista Médico Residente, Curitiba**, vol. 3, n. 4, 1-2, 2011. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/118/118>. Acesso em 16 de abril de 2016.

SOLLA, J. & CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

SOUSA, W. R. **Complexo regulador como instrumento de gestão do SUS em MATO GROSSO: um estudo de caso**. [Monografia de Especialização]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, 2008.

STANCATO, R.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura, **RAS**, São Paulo, vol. 12, n. 27, p. 87-99, 2010. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p\\_ndoc=207&p\\_nanexo=%20289](http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=207&p_nanexo=%20289). Acesso em 17 de abril de 2016.

SURCE [SELEÇÃO UNIFICADA DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS DO CEARÁ]. Apresentação, 2011. Disponível em: <http://www.resmedceara.ufc.br>. Acesso em 22 de maio de 2016.

TANAKA, O. Y. & MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R. G. & ARANTES, R. F. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, (Supl. 2), p. 190-198, 2004.

UCHIMURA, K. Y. & BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

VALCARCEL, B. G. L.; PEREZ, P. B. & VEJA, S. R. **Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: Projeções para 2020**. Las Palmas: Universidade de las Palmas de Gran Canaria, 2011.

VIANA, A. L. D. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, (Supl. 2), p. 117-131, 2007.

\_\_\_\_\_ *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde, **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, vol. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

\_\_\_\_\_ *&* LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2011.

\_\_\_\_\_ *&* BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2012.

\_\_\_\_\_. **Projeto de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. Aprovado na Chamada MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/DECIT N° 41/2013, São Paulo, 2013. Disponível em: [www.resbr.net.br](http://www.resbr.net.br) Acesso em 15 de março de 2016.

VICTORA, C.; KNAUTH, D. & HASSEM, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, A. L. S. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

VIEIRA, M. Recursos Humanos em Saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>. Acesso em 9 de abril de 2016.

VILARINS, G. C. M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios, **Comunicação em Ciências Saúde**, Brasília, vol. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.

\_\_\_\_\_; SHIMIZUI, H. E. & GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais, **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, vol. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

WEILLER, T. H. & SCHIMITH, M. D. PROVAB: potencialidades e implicações para o Sistema Único de Saúde, **Journal of Nursing and Health**, vol. 3, n. 2, p. 145-146, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **The world health report 2006. Working together for health.** Genebra, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; FABBRO, R. C.; FLORIANO, P. J.; JOAQUIM, V. T.; SATO, T. O.; MATSUKURA, T. S. & FRANÇA, Y. Relato da experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, vol. 36, n. 1, (Supl. 1), p. 142-148, 2012.

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(a) Sr(a), está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **FORÇA DE TRABALHO MÉDICA E A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ** que tem como objetivo geral caracterizar a oferta e a demanda da força de trabalho médica especializada para os serviços públicos de atenção secundária e terciária do estado do Ceará.

Este estudo é uma dimensão do projeto de pesquisa “Modelos de Governança, Regionalização e Redes de atenção à saúde no Estado do Ceará: contexto, Condicionantes, Implementação e resultados”. Financiado pela Funcap no edital 03/2012 PPSUS-REDE e submetido ao Comitê de ética da UFC, sendo aprovado com número de parecer 137.055.

Como instrumento de coleta de dados será utilizada: a entrevista semiestruturada. Dessa forma, **CONVIDAMOS** você a participar da pesquisa tomando parte na metodologia de pesquisa acima elencada. Caso você permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que dela participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participarão

como sujeitos desse estudo. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora Ana Luisa Almeida Melo, contato:(85) 996144674 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, end. Rua Coronel Nunes de Melo, 1100, (85) 3366-8344;

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu, \_\_\_\_\_, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista semiestruturada, observação participante e grupo focal), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Participante

---

**Ana Luisa Almeida Melo**

**Pesquisadora**

## **APÊNDICE B**

### **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA SAÚDE SOBRE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA DO ESTADO DO CEARÁ**

- Como você vê a assistência à saúde no estado do Ceará? Em específico a assistência médica especializada?
- Como ocorre a regulação da saúde no estado?
- Quais serviços são mais demandados?
- Quais as demandas que possuem maiores dificuldades de serem atendidas? E quais são as dificuldades?
- Como é feito o acompanhamento dos profissionais médicos na rede de atenção à saúde?
- Que impactos os novos serviços especializados trouxeram para a assistência à saúde do estado?
- Na sua opinião, o que poderia ser feito para garantir o acesso às ações de saúde?

## APÊNDICE C

### **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ROTEIRO ENTREVISTA PARA FORMADORES DE MÉDICOS ESPECIALISTAS DO ESTADO CEARÁ**

- Como você vê a assistência à saúde no estado do Ceará? Em específico a assistência médica especializada?
- Qual a realidade da formação médica especializada no Ceará?
- Como esta formação atende ao sistema de saúde do estado?
- Como você vê a oferta de especialistas para a demanda dos serviços?
- Como ocorre a regulação das vagas de residências médicas no estado, por programas?
- Há reuniões para definição da distribuição das vagas pelos programas, serviços e Regiões de Saúde?
- Que critérios são usados para definição do número de vagas para cada especialidade?
- Quais as especialidades mais requisitadas? Por que?
- Quais as motivações na escolha das especialidades pelos candidatos?
- Que estratégias são realizadas para adesão dos candidatos às vagas em determinadas especialidades?
- Qual a atuação das Sociedades Médicas, do Conselho Regional de Medicina e das Corporações na definição das vagas e no processo de formação de médicos especialistas?
- Quais mudanças foram percebidas com a criação da SURCE?