



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - 2005**

---

**Fixação dos profissionais de saúde em municípios de  
Pernambuco: um problema para a municipalização.**

---

**Autores:**

**José Carlos Alves de Souza Júnior  
Romualdo Mendonça de Lucena**

**Orientadora:**

**Paulette Cavalcanti**

**Recife, dezembro de 2005.**

José Carlos Alves de Souza Júnior  
Romualdo Mendonça de Lucena

Fixação dos profissionais de saúde em municípios de  
Pernambuco: um problema para a municipalização

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, sob a orientação da Dra. Paulette Cavalcanti.

Recife, dezembro de 2005.

José Carlos Alves de Souza Júnior  
Romualdo Mendonça de Lucena

Fixação dos profissionais de saúde em municípios de  
Pernambuco: um problema para a municipalização

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, pela Comissão formada por:

Orientadora: \_\_\_\_\_

Dra. Paulette Cavalcanti Albuquerque – Gerente do Distrito Sanitário III

Debatedor: \_\_\_\_\_

Kátia Rejane de Medeiros – Diretora do Departamento de RH do CPqAM

Recife, dezembro de 2005.

## RESUMO

No Estado de Pernambuco, particularmente naqueles municípios de pequeno porte, carentes de estrutura econômica e social, há profundas dificuldades de interiorização dos profissionais de acordo com as diretrizes de organização dos serviços e com as necessidades de saúde da população. Este quadro traz conseqüências adversas para os municípios, na medida em que se reflete na qualidade do atendimento e na cobertura de serviços de saúde. Nesse contexto, assume destacada importância o local em que o indivíduo centraliza suas atividades sociais, profissionais, econômicas, culturais e políticas por ser justamente onde ele desenvolve a cidadania. O estudo discutiu se o processo de municipalização em curso tem facilitado a fixação de profissionais de saúde em municípios de pequeno porte do Estado de Pernambuco, particularmente médicos. O tipo de estudo foi de natureza observacional, descritiva, transversal e agregada. A área de estudo abrange 89 municípios de Pernambuco, cuja população corresponde até 20.000 habitantes, selecionados de um total de 185 existentes, constituindo 48% deste universo. A população de estudo foi composta por profissionais médicos registrados no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe) segundo local de residência. O estudo revelou que a expansão da cobertura da atenção básica em municípios com população até 20.000 habitantes, ainda que tal expansão não seja acompanhada da presença de profissional médico residente na localidade, uma vez que 63% (56) dos municípios não possuem esse profissional; a realização de procedimentos como internações hospitalares também representam um importante fator de fixação, pois o aumento das internações hospitalares por 1.000 habitantes é diretamente proporcional ao aumento da presença de profissional médico residente na localidade. O estudo revelou que a existência de agência bancária funciona como fator de desenvolvimento econômico para o município, contribuindo para a fixação do profissional médico. Os municípios que contam com unidades de saúde tendem a favorecer a fixação desse profissional. Acreditamos ser essenciais estudos mais aprofundados, considerando outras variáveis, bem como envolvendo os demais profissionais de saúde, a exemplo de enfermeiros e odontólogos.

**Palavras-chaves:** Municipalização, Gestão de Recursos Humanos em Saúde, Fixação de Profissionais.

## **SUMÁRIO**

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>PÁG. 06</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>PÁG. 07</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>PÁG. 09</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>PÁG. 10</b>
<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>PÁG. 13</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>PÁG. 13</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>PÁG. 17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>PÁG. 18</b>

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – Municípios de Pernambuco com população $\leq$ 20.000 habitantes, segundo GERES .....	13
TABELA 2 – Municípios de Pernambuco com profissional médico por local de residência, segundo porte populacional e GERES.....	14
TABELA 3 – Relação entre a existência de agência bancária e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população $\leq$ 20.000 hab.....	15
TABELA 4 – Relação entre o tipo de estabelecimento de saúde e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população $\leq$ 20.000 hab.....	15
TABELA 5 - Relação entre o número de leitos hospitalares/1.000 hab. e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população $\leq$ 20.000 hab.....	16
TABELA 6 - Relação entre o número de internações hospitalares/1.000 hab. e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população $\leq$ 20.000 hab.....	16

## **1. INTRODUÇÃO**

A década de 80 apresentou mudanças significativas em todos os níveis sociais, determinadas pela evolução política e institucional do país. Essa época foi marcada pela crise e o fim do regime militar e pela consolidação das propostas reformadoras. O Brasil passava por crises econômicas, políticas e sociais, e iniciavam-se os movimentos em direção ao processo de redemocratização do país. Esta década teve seu ponto culminante com a Reforma Sanitária que defende a saúde como resultado das condições de vida das pessoas, ou seja, a saúde não é concebida apenas como assistência médica, mas principalmente, como acesso das pessoas ao emprego, à educação, à habitação, ao saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado, à alimentação, à cultura e ao lazer; além, é claro, do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem (CAMPOS, 1992).

A Constituição Federal de 1988 – e as normas que a regulamentam – trouxeram para o setor público brasileiro a responsabilidade de garantir o princípio social do direito à saúde para todos os cidadãos e assegurar as estruturas que sustentassem esse objetivo. Esse processo introduziu modificações expressivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro (DAL POZ, 1998).

A nova Constituição que concebeu o SUS estabelece, através do seu artigo 198, entre outros princípios, o de que a responsabilidade pela saúde da população deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotá-lo de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer a função. Ou seja, significa a responsabilização do município pela saúde dos seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

Na região Nordeste, especificamente no Estado de Pernambuco, o processo de consolidação da gestão descentralizada do SUS enfrenta um grande problema representado pela insuficiência e baixa qualificação de profissionais de saúde, particularmente naqueles municípios de pequeno porte, carentes de estrutura econômica e social. Há profundas dificuldades de interiorização dos profissionais de acordo com as diretrizes de organização dos serviços e com as necessidades de saúde da população. Este quadro traz conseqüências adversas para os municípios,

na medida em que se reflete na qualidade do atendimento e na cobertura de serviços de saúde.

Vários fatores têm contribuído para a manutenção desse quadro ao longo dos anos, entre os quais se destacam, de forma mais evidente, a má distribuição e o problema da fixação domiciliar dos profissionais de saúde, especialmente médicos.

Pode-se afirmar que a necessidade de atualização e aperfeiçoamento profissionais seria um dos motivos para a fixação de profissionais médicos nos grandes centros urbanos, locais com maior oferta de programas de capacitação e acesso à informação técnico-científica. De fato, as escolas médicas e os programas de ensino e pesquisa estão concentrados nos grandes centros urbanos, locais onde se encontram atividades econômicas dinâmicas e oportunidades de acesso a bens de consumo e serviços de toda ordem. Essa concentração tende a atrair alunos que tem como objetivos profissionais a especialização, alta tecnologia e salários atrativos, razões que favorecem o seu distanciamento das áreas rurais e menos desenvolvidas (MACHADO, 2000).

Diante do exposto, uma questão merece relevo: o processo de municipalização em curso tem facilitado a fixação domiciliar de profissionais de saúde, particularmente médicos, em municípios de pequeno porte do Estado de Pernambuco, que apresentam carência tecnológica e ausência ou escassez de ações e serviços de saúde?

Nesse contexto, assume destacada importância o local em que o indivíduo centraliza suas atividades sociais, profissionais, econômicas, culturais e políticas por ser justamente onde ele desenvolve a cidadania. Isso porque, em última análise, o domicílio é o vínculo que prende o indivíduo ao estatuto de um determinado local e que não pode ser melhor do que a sede do exercício da cidadania.

A pesquisa será realizada com municípios de Pernambuco, em particular com aqueles que possuem população menor ou igual a 20.000 habitantes, ou seja, serão 89 municípios que foram selecionados de um total de 185 existentes, representando 48% deste universo, de acordo com o critério estabelecido.

## **2. OBJETIVOS**

Geral:

Avaliar a questão da fixação domiciliar dos profissionais de saúde em municípios de pequeno porte.

Específicos:

1. Analisar o processo de municipalização e seus reflexos para a fixação dos profissionais de saúde em municípios de pequeno porte;

2. Caracterizar os municípios que constituem a área de estudo, considerando as seguintes variáveis: tipo de estabelecimentos de saúde, existência de agência bancária e oferta de profissionais médicos;

3. Comparar o número de profissionais médicos residentes no próprio município em que trabalham com a existência de ações e serviços de saúde disponíveis para a população.

### **3. MARCO TEÓRICO**

Os anos 90 são marcados pelo aprofundamento do processo de descentralização da saúde em direção ao nível municipal como uma das diretrizes básicas da reforma setorial. A implantação do SUS, a partir do início da década, tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no país, redefinindo as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde.

Entretanto, o deslocamento do processo decisório para os municípios introduz um conjunto de incertezas e acarreta impactos os mais diversos na organização dos serviços. Verificam-se tanto experiências exitosas no tocante à ampliação do acesso aos serviços e redefinição do modelo assistencial quanto outras em que o padrão anterior de organização da atenção à saúde em nada ou muito pouco foi alterado.

Soma-se a isto as profundas desigualdades existentes no Brasil, as quais se refletem em fortes diferenças inter e intra-regionais nas condições financeiras, políticas e administrativas dos municípios, o que interfere na sua capacidade de dar respostas às necessidades e demandas da população (SOUZA & CARVALHO, 1999).

A definição de uma política de ordenação de recursos humanos para a saúde, com princípios norteadores claros e efetivos, tem sido o grande impasse para a legítima implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Segundo Paim (1994), vencer este desafio não depende apenas do âmbito da saúde; envolve também um conjunto de políticas, que fogem da governabilidade do setor, tais como educação, emprego e salários e, assim, a dificuldade na articulação intersetorial pode até mesmo inviabilizar algumas ações voltadas para o cumprimento das tarefas delegadas ao SUS.

Os diversos problemas nesta área e as diferentes dimensões das dificuldades demonstram que qualquer abordagem neste campo não deve desconsiderar o grande desafio que é a gestão dos recursos humanos para o SUS. Como afirmam Schraiber e Machado (1997) *“quer como objeto de estudo científico ou objeto de intervenção social, este campo ainda nos oferece mais problemas que referenciais para transformações”*.

Com a descentralização, o sistema de saúde melhorou significativamente. Porém, observa-se que os resultados desse processo não são homogêneos. São diversas as razões: dimensão continental do país, diferenças regionais e uma enorme quantidade de municípios existentes, dos quais a maioria de pequeno porte. Ou seja, a descentralização da gestão dos serviços de saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais.

Uma outra questão importante merece destaque. De acordo com Paim (2002), a redefinição das políticas de saúde na América Latina, e no Brasil em particular, tem concedido maior ênfase às questões relativas ao financiamento, à descentralização e à participação popular. Os aspectos referentes à organização e à gestão dos serviços de saúde têm ocupado um segundo plano, mesmo assim limitados à retórica das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços ou de mecanismos de referência ou de contra-referência. As práticas sanitárias e os modelos de atenção à saúde, embora muitas vezes mencionados, têm ocupado pouco espaço de estudo, discussão, revisão, experimentação e, especialmente, implementação.

Paim (ibidem) recorda que a finalidade básica dos serviços de saúde é atender às necessidades humanas individuais e coletivas, porém orientada pela reorganização do modelo assistencial, tendo por base os princípios doutrinários preconizados pelo SUS. Sem esta premissa, a municipalização da saúde tende a significar transferência de responsabilidades na prestação de serviços ou mero repasse de recursos. Ainda de acordo com o autor, *“treinamentos, reuniões nos serviços e elaboração de normas técnicas não têm sido suficientes para reorientar as ações de saúde no sentido da integralidade da atenção, da qualidade, da ética e da efetividade. Daí a pertinência de reforçar a questão dos modelos assistenciais”*.

Os modelos assistenciais, que contribuem para orientar o planejamento e as intervenções em saúde, *“são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais e usuários de serviços de saúde”* (PAIM, 2002).

Existem no Brasil dois modelos assistenciais em disputa: o modelo médico-assistencial privatista, hegemônico no país, pautado na demanda espontânea, quer dizer, os indivíduos procuram os serviços de saúde por livre iniciativa, quando já

estão doentes, numa perspectiva curativa; e o modelo assistencial sanitarista, voltado para campanhas sanitárias (combate de uma epidemia; controle de determinado agravo à saúde; e esclarecimento e informação à comunidade) e para programas, como, por exemplo, os programas especiais de saúde pública (controle da tuberculose, de saúde da criança e da mulher), de carácter mais permanentes que as campanhas (Ibidem).

Existem ainda os modelos assistenciais alternativos, fomentando a integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde, com base na concretização dos princípios do SUS (acesso universal e igualitário, regionalização e hierarquização, descentralização, participação social) e na programação da oferta organizada de acordo com as necessidades de saúde, prioridades e estudos epidemiológicos (Ibidem). São modelos mais coerentes com a proposta do SUS.

Pode-se concluir que as intervenções necessárias para a melhoria do padrão sanitário da população dependem em muito de medidas de ordem técnico-administrativas, mas exigem fundamentalmente mudanças de carácter estrutural, no sentido de elevar as condições de vida e minimizar as desigualdades sociais e de acesso a serviços de saúde no âmbito local. As profundas transformações requeridas no modelo de atenção à saúde, envolvendo a descentralização com redistribuição de poder, vêm exigindo, cada vez mais, o enfrentamento de questões cruciais, como a qualificação e interiorização de profissionais de saúde, além de incentivos para a sua fixação domiciliar, sobretudo em municípios de pequeno porte.

O reconhecimento progressivo pelos gestores do SUS da importância das políticas de recursos humanos e sua inserção na agenda de prioridades de ação vêm oportunizando o aprofundamento de debates nessa direcção.

#### **4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

- Área de estudo: abrange 89 municípios de Pernambuco, cuja população corresponde a  $\leq 20.000$  habitantes, selecionados de um total de 185 existentes, constituindo 48% deste universo, distribuídos entre as cinco mesorregiões, bem como nas dez Gerências Regionais de Saúde (GERES) existentes no Estado.
- População de estudo: composta por profissionais médicos registrados no Conselho Regional de Medicina (CREMEPE) segundo local de residência.
- Método de coleta e análise dos dados: os dados referentes ao número de profissionais médicos por município foram obtidos através do CREMEPE, considerando o ano de 2005; os demais dados foram coletados nos *sites* do IBGE e DATASUS, considerando o período de 2004.

#### **5.RESULTADOS**

- AS 7ª e 10ª GERES apresentam a maior proporção de municípios com pop.  $\leq 20.000$  hab, 73% (8) e 70% (12) respectivamente;
- A 1ª GERES apresenta a menor proporção de municípios com pop.  $\leq 20.000$  hab, 16% (3);

**TABELA 1 – Municípios de Pernambuco com população  $\leq 20.000$  habitantes, segundo GERES.**

<b>GERES</b>	<b>Total de municípios</b>	<b><math>\leq 20.000</math> hab.</b>	
I	19	3	16%
II	31	13	42%
III	21	10	47,5%
IV	33	16	48,5%
V	21	13	62%
VI	14	6	43%
VII	11	8	73%
VIII	7	3	43%
IX	11	5	45,5%
X	17	12	70%
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>89</b>	<b>-</b>

- A 1ª e a 9ª GERES possuem, respectivamente, 79% (15) e 73% (8) dos seus municípios com profissional médico;
- A 5ª GERES possui a maior proporção de município sem a presença de profissional médico, 62% (13);
- Entre os municípios com pop. > 20 mil hab, em todas as GERES, observou-se um numero significativo de municípios com presença de médico, salvo os municípios da V GERES que possuem a mesma proporção entre aqueles com médico e sem médico;
- Entre os municípios com pop. ≤ 20 mil hab, a IV GERES, com 81% (13), apresenta a maior proporção de municípios sem médicos;
- Ainda entre os municípios com pop. ≤ 20 mil hab, a VII GERES, com 62,5% (5) apresenta a maior proporção de municípios com médicos. Este resultado ocorre também em municípios com pop. > 20 mil hab da VII GERES;

**TABELA 2 – Municípios de Pernambuco com profissional médico por local de residência, segundo porte populacional e GERES.**

GERES	≤ 20 mil hab				> 20 mil hab				TOTAL			
	com médico		sem médico		com médico		sem médico		com médico		sem médico	
I	1	33%	2	67%	14	87,5%	2	12,5%	15	79%	4	21%
II	4	31%	9	69%	16	94%	2	6%	20	64,5%	11	35,5%
III	5	50%	5	50%	9	82%	2	18%	14	67%	7	33%
IV	3	19%	13	81%	15	88,5%	2	11,5%	18	54,5%	15	45,5%
V	4	31%	9	69%	4	50%	4	50%	8	38%	13	62%
VI	3	50%	3	50%	7	87,5%	1	12,5%	10	71,5%	4	28,5%
VII	5	62,5%	3	37,5%	3	100%	0	0%	8	73%	3	27%
VIII	1	33%	2	67%	3	75%	1	25%	4	57%	3	43%
IX	2	40%	3	60%	6	100%	0	0%	8	73%	3	27%
X	5	58%	7	42%	4	80%	1	20%	9	53%	8	47%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>37%</b>	<b>56</b>	<b>63%</b>	<b>81</b>	<b>96%</b>	<b>15</b>	<b>4%</b>	<b>114</b>	<b>62%</b>	<b>71</b>	<b>38%</b>

- Dos 89 municípios com população  $\leq 20.000$  hab, 63% (56) não tem médico;
- 36% (32) do total de municípios do estudo não possuem agência nem médico;
- 12% (11) do total de municípios do estudo têm médico mesmo sem possuir agência;
- Dos 43 municípios sem agência bancária, 75% (32) destes não contam com médico;

**TABELA 3 – Relação entre a existência de agência bancária e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população  $\leq 20.000$  hab.**

<b>Agência bancária</b>	<b>com médico</b>		<b>sem médico</b>		<b>TOTAL</b>
sim	22	48%	24	52%	46
não	11	25%	32	75%	43
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>56</b>	<b>-</b>	<b>89</b>

- Todos os municípios possuem PS/USF, porém 63% (56) não contam com a presença de médico;
- 46% (41) dos municípios possuem centro de saúde, porém 68% (28) não contam com a presença de médico;

**TABELA 4 – Relação entre o tipo de estabelecimento de saúde e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população  $\leq 20.000$  hab.**

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>com médico</b>		<b>sem médico</b>		<b>TOTAL</b>
PS/USF	33	37%	56	63%	89
Centro de Saúde	13	32%	28	68%	41

- 49% (44) possuem menos de 2 Leitos hosp/1.000hab, destes, 63% (28) não contam com a presença de médico;
- 27% (24) dos municípios não possuem leitos hospitalares, destes, 79% (19) não contam com a presença de médico;

**TABELA 5 - Relação entre o número de leitos hospitalares/1.000 hab. e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população  $\leq$  20.000 hab.**

Leitos hosp/1.000hab	com médico		sem médico		TOTAL	
	Nenhum	5	21%	19	79%	24
-  2	16	37%	28	63%	44	49%
2 -  3	7	54%	6	46%	13	15%
$\geq$ 3	5	62,5%	3	37,5%	8	9%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	-	<b>56</b>	-	<b>89</b>	<b>100%</b>

- à medida que a proporção de internações hospitalares/1.000 aumenta, percebemos um crescimento significativo da presença de profissional médico residente na localidade

**TABELA 6 - Relação entre o número de internações hospitalares/1.000 hab. e a presença de profissional médico por local de residência em municípios de Pernambuco com população  $\leq$  20.000 hab.**

Intern.Hosp/1.000 hab.	com médico		sem médico		TOTAL	
	-  30	0	0%	6	100%	6
30 -  50	9	30%	21	70%	30	34%
50 -  70	14	38%	23	62%	37	37%
$\geq$ 70	10	62,5%	6	37,5%	16	16%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	-	<b>56</b>	-	<b>89</b>	<b>100%</b>

## **6. CONCLUSÕES**

De acordo com os achados, a inexistência de agência bancária no município pode interferir na fixação do médico, uma vez que do total de municípios (43) sem esse tipo de serviço, 75% (32), não possuem profissional médico residente na localidade.

Outro aspecto relevante refere-se à expansão da cobertura da atenção básica em municípios com população  $\leq 20.000$ , que de acordo com o estudo apresentam Equipes de Saúde da Família em sua totalidade. Contudo, a expansão da cobertura não é acompanhada da presença de profissional médico residente na localidade, uma vez que 63% (56) dos municípios não possuem esse profissional.

A realização de procedimentos como internações hospitalares também representam um importante fator de fixação. De acordo com os achados, à medida que a proporção de internações hospitalares/1.000 aumenta, percebemos um crescimento significativo da presença de profissional médico residente na localidade.

Outro importante fator de fixação consiste na relação entre a existência de leitos hospitalares e a presença de profissional médico residente na localidade. Os resultados indicam que quanto maior a proporção de leitos hospitalares existentes no município, maior é a presença deste profissional residente na localidade.

Apesar da pertinência e importância do assunto, ainda existe uma carência de publicações sobre o tema da fixação de profissionais em municípios com população de pequeno porte. Portanto, acreditamos ser essencial estudos mais aprofundados, considerando outras variáveis, bem como envolvendo os demais profissionais de saúde, a exemplo de enfermeiros e odontólogos.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

CAMPOS, G.W.S.. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.

DAL POZ, M.R.. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 8, nº 2, 1998, 208p.

MACHADO, M.H. (org).. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF no Brasil*. Relatório Final, Brasília, Ministério da Saúde, 2000, 146p.

PAIM, J.S.. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: USP, 1994. 80 p.

PAIM, J.S.. *Saúde, Política e Reforma Sanitária*. Salvador: ISC, 2002, 447p.

SCHRAIBER, L.B.; MACHADO, M.H. *Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil*. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

SILVA, S.F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

Souza C & Carvalho IMM. *Reforma do Estado, descentralização e desigualdades*. Lua Nova 48, 1999.

## **8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

BRASIL, M.S.. *Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos*. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, M.S.. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília, 2004.

DINIZ, M.H. *Curso de Direito Civil Brasileiro*. São Paulo: Saraiva, vol. 2, 2004.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

MACHADO, M.H (coord). *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, 244p.