

# EQUIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE SANITARISTAS FORMADOS PARA ATUAR NO SUS

*EQUITY IN THE DISTRIBUTION OF SANITARISTS FORMED TO WORK ON SUS*

Joel Saraiva Ferreira<sup>a</sup>, Ana Rita Barbieri Filgueiras<sup>b</sup>, Luiza Helena Oliveira Cazola<sup>c</sup>

<sup>a</sup>falecomjoel@hotmail.com, <sup>b</sup>anabarbi@terra.com.br, <sup>c</sup>luizacazola@gmail.com  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Data de recebimento do artigo: 30/01/2018  
Data de aceite do artigo: 17/04/2018

## ■ RESUMO

**Introdução:** A formação de sanitaristas para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma importante ação para formulação e desenvolvimento de políticas públicas. No entanto, é necessário que tais profissionais estejam presentes nos diversos municípios, inclusive naqueles em que as condições de desenvolvimento humano são menos favoráveis. **Objetivo:** Analisar a equidade na distribuição de sanitaristas formados em Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2013, no serviço público de saúde, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município onde residiam e trabalhavam. **Materiais e métodos:** estudo descritivo com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários dos cadastros dos concluintes de cursos de especialização em saúde pública, desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul. Desse banco de dados foram extraídas as variáveis de interesse: sexo, profissão, município de residência, distribuição dos profissionais por região de saúde e por estrato do IDH. **Resultados:** No período foram ministrados três cursos de especialização em saúde pública, totalizando 61 sanitaristas oriundos de 20 dos 79 municípios do estado. Prevaleceram sexo feminino (83,6%), profissão de enfermagem (29,5%) e profissionais que residem e trabalham na região de saúde de Campo Grande (70,5%), a cidade mais populosa e com melhor estrato de IDH do estado. **Conclusão:** Os resultados apontaram que há dificuldades para garantir a equidade na distribuição de sanitaristas no SUS em Mato Grosso do Sul, já que formação e local de exercício profissional não estão articulados para atender as demandas de saúde da população dos municípios com menor IDH.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; pessoal de saúde; saúde pública; recursos humanos.

## ■ ABSTRACT

**Introduction:** The qualification of sanitarians to perform on the National Health System (SUS) represent an important action for the formulation and development of public policies. However, such professionals need to be present in the several municipalities, including those where human development conditions are less favourable. **Objective:** To analyse the distribution equity of qualified sanitarians in Mato Grosso do Sul, from 2008 to 2013, in the public health service, considering the Human Development Index (HDI) of the municipality where they resided and worked. **Methods:** this is a descriptive study with quantitative approach, using secondary data of the register of graduates of specialisation courses on public health, developed by the Health Department of the State of Mato Grosso do Sul. From that database, the variables of interest were extracted: gender, occupation, residing municipality, distribution of professionals by health region and by HDI stratum. **Results:** In the period, three specialisation courses on public health were held, totalising 61 sanitarians, coming from 20 out of the 79 state's municipalities. There was a prevalence of female gender (83.6%), nursing occupation (29.5%), and professionals who reside and work in the health region of Campo Grande (70.5%), the most populous city, with the best HDI in the state, prevailed. **Conclusion:** The results suggest that there are difficulties to guarantee the distribution equity of sanitarians in the SUS in Mato Grosso do Sul, since the qualification and the location for professional exercise are not articulated to supply the health demand of municipalities with smaller HDI.

**Keywords:** Unified Health System; health personnel; public health; human resources.

## Introdução

Há, nesse início de século XXI, uma preocupação internacional, especialmente no continente americano, com a formação dos profissionais da área da saúde, no que se refere à qualidade e quantidade de trabalhadores que são capacitados<sup>1</sup>. Nesse sentido, o assunto tem sido direcionado para debates relativos à formação de competências profissionais para o desempenho adequado das funções essenciais da saúde pública<sup>2</sup>.

Foi a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, que a ordenação de recursos humanos em saúde tornou-se uma preocupação do setor para viabilizar a implantação da política pública de saúde no Brasil<sup>3</sup>. A proposta é que a formação integre o binômio ensino-serviço, relacionando a teoria com a prática de forma a produzir impacto nos processos de trabalho deles próprios e dos demais trabalhadores em saúde, com vistas em melhora da saúde da população<sup>4</sup>.

No entanto, relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), datado do ano de 2010, revelou que ainda persistem algumas deficiências da formação de recursos humanos e capacitação em saúde pública, fato esse que desencadeou uma busca por estratégias efetivas na formação do pessoal de saúde<sup>2</sup>.

No Brasil a preocupação com a formação de profissionais de saúde teve início na década de 1970. Mas a política pública brasileira somente consolidou o entendimento de que a formação de recursos humanos em saúde no SUS é relevante no início da década de 1990<sup>3</sup>. Já em 1996 foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que fortaleceu o novo modelo de formação de recursos humanos e fomentou mudanças curriculares visando a integração entre disciplinas e conteúdos, teoria e prática<sup>6</sup>.

A partir do período de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>7</sup>, muitos cursos de formação de profissionais para o SUS também passaram por reestruturação. Inclui-se nesse contexto o curso de especialização em saúde pública, que tem o propósito de formar sanitaristas para o SUS, oferecido pela Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul por meio da Escola de Saúde Pública desse estado.

Desde a implantação dessa política, não há registros de investigações, por meio de pesquisa científica, que descrevam as características profissionais dos sanitaristas formados em Mato Grosso do Sul, sobretudo no que se refere à distribuição geográfica desses sujeitos em relação às características de desenvolvimento dos municípios onde atuam profissionalmente. Considera-se que esse tipo de informação é relevante, pois é com base nesses dados que devem ser estruturados os cursos de formação profissional para o SUS. Em 2008 o projeto pedagógico do curso de especialização em saúde pública, desenvolvido pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, foi

reformulado com a substituição de disciplinas por eixos de formação, com o propósito de formar sanitaristas para atender as demandas dos serviços de saúde em diferentes localidades, em diferentes regiões de saúde<sup>8</sup>.

Foi a partir da escassez de informações acerca da inserção dos egressos que se desenvolveu este estudo, que teve por objetivo analisar a equidade na distribuição de sanitaristas no serviço público de saúde a partir do perfil dos profissionais formados em Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2013, considerando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>9</sup> do município onde residiam e trabalhavam.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários arquivados na secretaria acadêmica da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul. Foram analisados 61 cadastros (100%) dos alunos que concluíram o curso de especialização em saúde pública naquela instituição, no período de 2008 a 2013. A realização da pesquisa a partir de 2008 é em virtude da reformulação do projeto pedagógico do curso estudado, que ocorreu simultaneamente com a reformulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Foram considerados como critérios de inclusão: profissionais com vínculo funcional com o SUS e concluintes dos cursos de especialização em saúde pública oferecidos pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul. Foram excluídos cadastros de profissionais sem vínculo funcional com o SUS.

Elaborou-se um instrumento para coleta de dados a partir das variáveis de interesse para o estudo: sexo, profissão e município de residência.

Os dados foram inicialmente tabulados em uma planilha do programa Excel e analisados a partir da estatística descritiva. Posteriormente, foram organizados conforme a distribuição dos profissionais por região de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Mato Grosso do Sul<sup>10</sup>, que organizou seus 79 municípios em quatro regiões de saúde: Campo Grande (34 municípios), Dourados (33 municípios), Três Lagoas (10 municípios) e Corumbá (2 municípios). Também, houve distribuição dos sanitaristas conforme classificação do IDH do município onde atuavam profissionalmente, utilizando para isso uma organização de estratos com amplitude de posições para classificar os municípios e, posteriormente, tais informações também foram apresentadas em um mapa elaborado com o uso do software QGIS.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) conforme parecer nº 237.312.

## Resultados

No período foram oferecidos três cursos de especialização em saúde pública pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul. Dois desses foram realizados no município de Campo Grande e o outro no município de Dourados, com respectivamente 23, 19 e 19 concluintes, totalizando a certificação de 61 sanitaristas no período de 2008 a 2013.

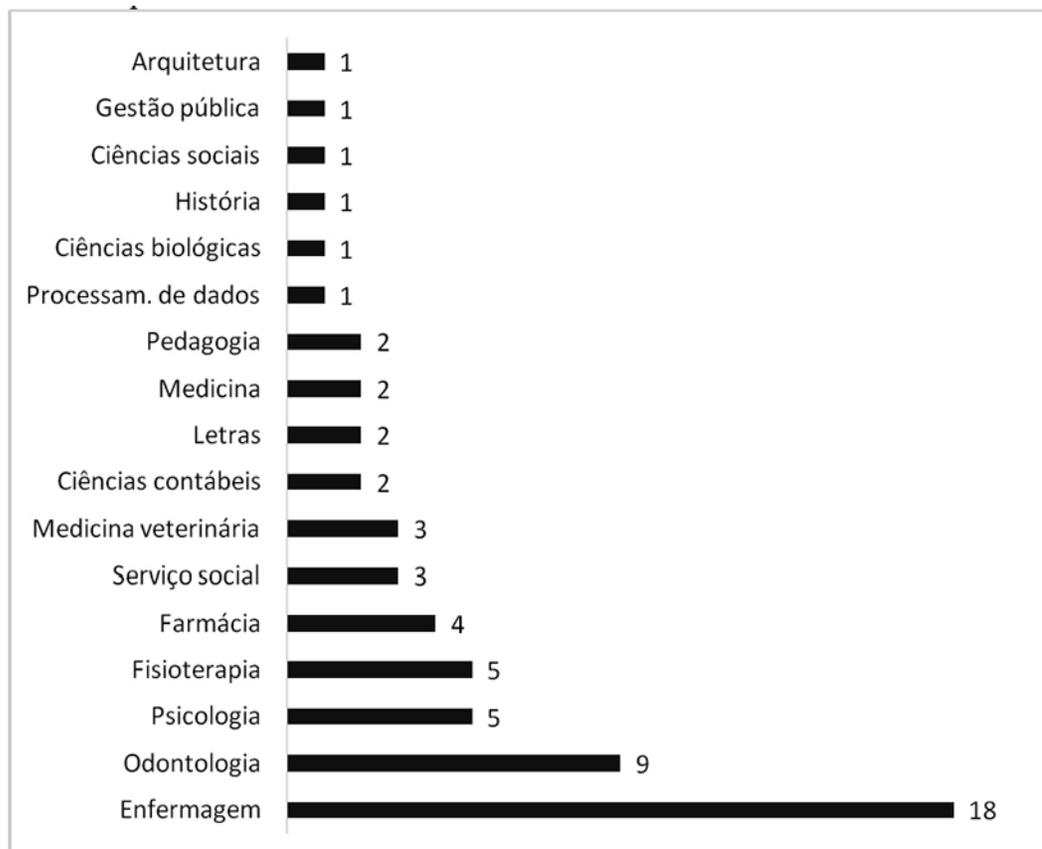
Dos 61 sujeitos deste estudo, predominou o sexo feminino com 51 profissionais, que representam 83,6% do total. Já a formação em nível de graduação foi mais diversificada, conforme apresentado na Figura 1.

Entre as profissões que procuraram a pós-graduação, predominaram os enfermeiros (29,5%), seguido de odontólogos (15%), psicólogos (8,2%) e fisioterapeutas (8,2%), conforme demonstrado na Figura 1. Dezesete profissões foram representadas nos três cursos ofertados, sendo que algumas, como processamento de dados e ciências contábeis, não se configuram como profissões da área da saúde, conforme a Lista de Profissões da Saúde editada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>11</sup>.

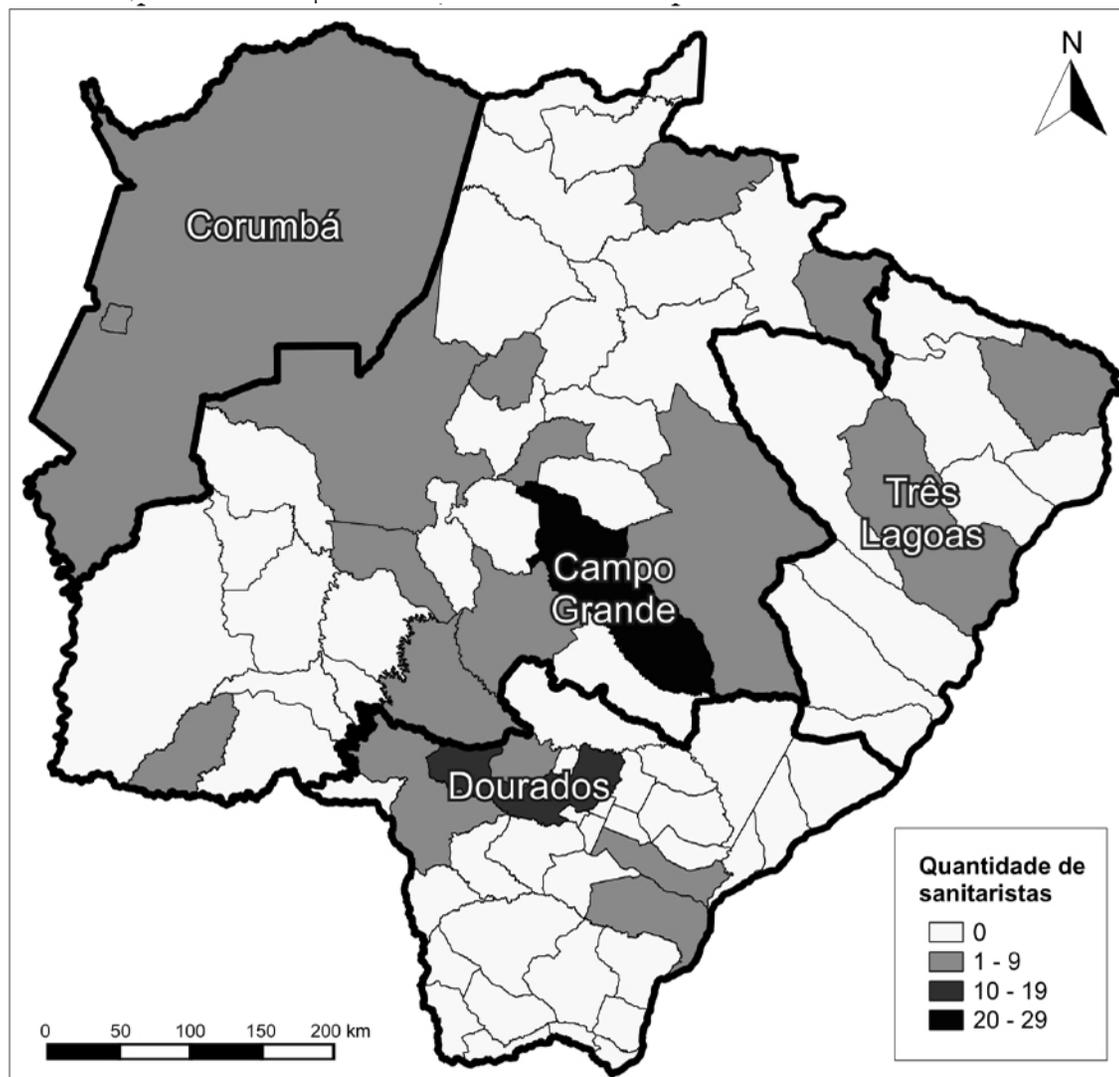
Apesar de todas as quatro regiões de saúde de Mato Grosso do Sul terem sido contempladas, os 61 sanitaristas formados no período estudado têm registro de residência e atuação profissional em apenas 20 dos 79 municípios do estado, o que representa apenas 25% da totalidade de municípios (Figura 2).

A Figura 2 ilustra a distribuição dos indivíduos pesquisados, com visível predominância de concentração dos sanitaristas nas duas maiores cidades do estado de Mato Grosso do Sul. Em Campo Grande foram formados 25 profissionais e em Dourados, 13, o que representa, respectivamente, 41% e 21% do total de sanitaristas formados no período estudado. As demais cidades tiveram quantidades inferiores de profissionais concluindo os cursos de especialização em saúde pública. Foi o que ocorreu com Corumbá (3 profissionais). Houve ainda cidades com 2 profissionais cada (Naviraí, Rio Negro e Três Lagoas) e outras 14 cidades com um profissional cada (Alcinópolis, Anastácio, Aquidauana, Caracol, Chapadão do Sul, Itaporá, Jateí, Ladário, Maracaju, Paranaíba, Ponta Porá, Ribas do Rio Pardo, Rochedo e Sidrolândia).

**Figura 1:** Graduação dos sanitaristas formados pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2013.



**Figura 2:** Distribuição dos sanitaristas formados pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2013, conforme município de residência.



Na Tabela 1 observa-se o predomínio da região de saúde de Campo Grande, que foi beneficiada com 57,4% do total de sanitaristas formados. A região de saúde de Dourados, que foi sede de um curso de especialização descentralizado, foi beneficiada com 31,1% de pós-graduados. Já as outras duas regiões de saúde, Corumbá e Três Lagoas, tiveram participação pouco expressiva, com 6,6% e 4,9%, respectivamente.

A distribuição de profissionais por município conforme o IDH evidenciou uma concentração de sanitaristas nos municípios sul-mato-grossenses classificados nos estratos com melhores valores desse índice. Os municípios em melhor situação de desenvolvimento humano concentraram mais de 70% de concluintes, enquanto os municípios em piores condições não foram beneficiados com a formação de sanitaristas (Tabela 2).

**Tabela 1:** Distribuição dos sanitaristas formados pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2013, conforme as regiões de saúde.

| Região de saúde de Mato Grosso do Sul | Municípios |            | Profissionais |            |
|---------------------------------------|------------|------------|---------------|------------|
|                                       | N          | %          | N             | %          |
| Campo Grande                          | 10         | 50         | 35            | 57,4       |
| Dourados                              | 6          | 30         | 19            | 31,1       |
| Corumbá                               | 2          | 10         | 4             | 6,6        |
| Três Lagoas                           | 2          | 10         | 3             | 4,9        |
| <b>Total</b>                          | <b>20</b>  | <b>100</b> | <b>61</b>     | <b>100</b> |

Na Tabela 2 é possível observar que a formação de sanitaristas em Mato Grosso do Sul se concentrou, no período estudado, nos municípios com os melhores índices de desenvolvimento humano, ao ponto de 88,6%

dos formados serem oriundos de municípios localizados até a 30ª posição da classificação do IDH.

**Tabela 2:** Classificação dos municípios de Mato Grosso do Sul conforme IDH e proporção dos sanitaristas formados, por município de origem, no período de 2008 a 2013.

| Classificação do IDH entre os municípios de Mato Grosso do Sul | Municípios |            | Profissionais |            |
|--|------------|------------|---------------|------------|
|  | N          | %          | N             | %          |
| 1ª a 10ª   | 6          | 30         | 43            | 70,5       |
| 11ª a 20ª  | 3          | 15         | 4             | 6,6        |
| 21ª a 30ª  | 4          | 20         | 7             | 11,5       |
| 31ª a 40ª  | 2          | 10         | 2             | 3,3        |
| 41ª a 50ª  | 0          | 0          | 0             | 0,0        |
| 51ª a 60ª  | 2          | 10         | 2             | 3,3        |
| 61ª a 70ª  | 3          | 15         | 3             | 4,9        |
| 71ª a 80ª  | 0          | 0          | 0             | 0          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>20</b>  | <b>100</b> | <b>61</b>     | <b>100</b> |

## Discussão

Os dados que descrevem as características da população investigada indicam uma situação peculiar em relação ao gênero. Parece haver uma combinação de fatores demográficos e sociais que, juntos, ocasionam uma situação denominada “feminização” dos serviços públicos de saúde<sup>12</sup>, pois é nesse contexto que os estudos de levantamento da força de trabalho na saúde pública indicam haver predominância de pessoas do sexo feminino. Neste estudo não foi diferente, pois foi ampla a vantagem quantitativa de mulheres (83,6%) que obtiveram a formação em saúde pública no período de 2008 a 2013.

Relevante destacar que as mudanças são notadas em praticamente todas as áreas da sociedade, desde a religião à política, perpassando pelos serviços públicos, nos quais está inserido o SUS. Nesse sentido, quando se observa maior proporção de mulheres com o título de sanitarista, infere-se que essa diferença quantitativa entre mulheres e homens é decorrente das condições gerais identificadas na distribuição por gênero no serviço público, não se tratando assim de uma situação de busca mais destacada de mulheres pela formação acadêmica em detrimento dos homens.

Outro aspecto abordado no estudo e que já encontra respaldo na literatura científica, com debates que ocorrem há alguns anos, é a formação profissional para o SUS, com especial destaque para a questão da multiprofissionalidade necessária à efetivação do sistema de saúde brasileiro<sup>13</sup>. O que se observou neste estudo foi uma situação paradoxal, pois de um lado há uma diversidade

de profissões, representada por 17 diferentes áreas profissionais, que concluíram os cursos de especialização em saúde pública; no entanto mais de 60% de todos os sanitaristas formados no período estudado se concentraram em apenas quatro profissões (enfermagem, odontologia, psicologia e fisioterapia).

Percebeu-se também uma relação entre a proporção de formados com a população residente nas duas maiores regiões de saúde. Mas, sob a ótica da equidade, torna-se relevante formar e distribuir os sanitaristas pelos diferentes municípios do estado, visando não somente o acesso aos serviços de saúde, mas também a profissionalização. Nesse sentido, a formação de profissionais para o SUS, em particular sanitaristas, é vista como uma estratégia para garantir a universalidade do sistema e a aproximação deste com a população, principalmente com aqueles que mais precisam de atenção, independentemente da complexidade que cada situação exige<sup>14</sup>.

A distribuição geográfica dos profissionais de saúde é preocupação que remonta há algumas décadas, tanto que há registro na literatura indicando que há mais de 30 anos ocorrem publicações que discutem a concentração de profissionais em poucas regiões do país e, ainda, dentro de uma mesma região relativamente semelhante, tal como os estados brasileiros<sup>5</sup>. No entanto, é a partir dos anos 1990 que se observa uma congruência de políticas públicas no setor da saúde e no de educação para reduzir as desigualdades regionais no país, por meio do estímulo de cursos de pós-graduação<sup>15</sup>.

Ainda em meados da primeira década dos anos 2000, o problema persistia. Estudos apontavam a dificuldade de fixar profissionais de saúde em regiões distantes, como Norte e Nordeste, e, dentro de regiões e estados, quanto mais distante das capitais ou grandes centros, observa-se menor número de profissionais<sup>16,17</sup>.

Nota-se, com isso, que a desigualdade é tema recorrente na saúde pública brasileira e mostra-se como uma forte característica do país, não apenas no campo da assistência, mas também nos processos de formação e distribuição de profissionais para atuar no SUS, tal como observado neste estudo.

Quando se analisa a distribuição dos sanitaristas conforme a classificação do IDH do município onde atuam profissionalmente, os resultados da pesquisa apontaram que os municípios com os menores índices e geograficamente mais distantes das grandes cidades do Mato Grosso do Sul não tiveram profissionais presentes nos três cursos de especialização em saúde pública ofertados, ou seja, mesmo estimulando a formação no estado, os profissionais permanecem em municípios com melhor IDH e maior densidade populacional.

De forma viciosa, a população que reside nos menores e nos mais distantes municípios recebem menos e de modo desigual os benefícios das políticas públicas, tal como

observado por Chen et al.<sup>18</sup>, ao apontarem uma tendência dos profissionais se fixarem em cidades economicamente desenvolvidas e com maior densidade populacional. Por isso, a distribuição da força de trabalho de forma equânime e a gestão do trabalho em saúde são decisivos para efetivar o SUS. Rizzoto et al.<sup>19</sup> corroboram desse entendimento ao indicarem a necessidade de pautar assuntos dessa natureza no campo das políticas públicas de saúde, incluindo aí os problemas na distribuição de profissionais e os limites na gestão dos pequenos municípios.

Travassos e Martins<sup>20</sup> lembram que a equidade tem duas dimensões, relacionadas ao acesso e à utilização dos serviços. Por isso, ao encontrar maior número de sanitaristas formados pelo SUS nos 10 municípios do estado de Mato Grosso do Sul com melhores IDH, a compreensão é de que há fragilidade na busca pelo alcance desse princípio. Nesse caso, entende-se que a utilização do IDH para avaliar a equidade na distribuição dos sanitaristas é opção interessante, uma vez que estudos desenvolvidos por Scarpin e Slomski<sup>21</sup> e por Santos e Giovanella<sup>22</sup> indicaram tal variável como elemento relevante para a política de formação profissional para o SUS, com potencial para colaborar na superação da situação desfavorável identificada em algumas localidades, tal como exposto neste estudo.

Para isso, é necessário que a política pública voltada à formação de profissionais para o SUS seja debatida novamente, não somente em relação aos aspectos dos recursos financeiros ou de organização metodológica dos projetos de educação permanente, mas também sob o prisma da busca de ações equânimes para a saúde pública brasileira, desde a formação profissional até a assistência e gestão do sistema de saúde vigente.

Tess e Aith<sup>23</sup> consideram essa uma discussão árdua, mas necessária. Caso contrário os profissionais de saúde continuarão sendo formados em maior quantidade em locais onde já há uma força de trabalho relativamente preparada, enquanto as localidades menos desprovidas continuarão nessa condição, fato esse que dificulta a melhora das condições de saúde daqueles que mais precisam e, simultaneamente, favorece o avanço dessas mesmas condições apenas em locais onde outros fatores já estão mais bem organizados.

## Considerações finais

A busca pelo desenvolvimento da força de trabalho no SUS é fator de indiscutível relevância para o fortalecimento dessa política pública no Brasil. Nesse sentido, a formação de profissionais com especialização em saúde pública, chamados de sanitaristas, é uma ferramenta poderosa e já presente com frequência nas instituições de ensino vinculadas ao sistema de saúde.

Assim como outras políticas públicas brasileiras, a saúde também está em busca da implementação que ofereça condições melhores de atenção à população. O que se observou neste estudo foi uma situação que retrata exatamente uma condição que ainda carece de ajustes e avanços no campo da formação profissional.

Entre os avanços necessários, a busca pela equidade na formação e distribuição dos sanitaristas é o fato mais evidente, considerando que essa condição de prestação de uma atenção equânime à população não deve se restringir ao acesso aos serviços de saúde, mas também de forma ampliada à formação dos trabalhadores do SUS.

Portanto, para que a proposta de formação de sanitaristas seja mais eficiente, sugere-se a adoção de critérios vinculados ao princípio da equidade no processo de oferecimento de vagas nos cursos e na seleção de candidatos, quando tais propostas formativas são relacionadas ao SUS.

## Referências

1. Moreira LM, Velho L. Trajetória de egressos da pós-graduação do Instituto de Pesquisas Espaciais: uma ferramenta para avaliação. *Avaliação (Campinas)*. 2012;17(1):257-88.
2. Organización Paramericana de La Salud. Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. 50º Consejo Directivo. 2010.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; 20 set. 1990 [citado em 2015 jul 30]. Disponível em: <https://goo.gl/uXAnBw>
4. Batista KBF, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saude Soc*. 2011;20(4):884-99.
5. Souza JMP. Recursos humanos em saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 1976;10(3):253-6.
6. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF; 1996.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
8. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul. Dados sobre o Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde Pública. Mato Grosso do Sul: SES-MS; 2008.
9. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Índice de desenvolvimento humano municipal brasileiro. Brasília, DF: PNUD, Ipea; 2013.
10. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Dados sobre o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Mato Grosso do Sul. Campo Grande: SES-MS; 2013.

11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. Estabelece as categorias profissionais de saúde de nível superior. Brasília, DF, 1998.
12. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digital*. 2013;13(2):239-44.
13. Chaves ITS. O desafio da formação em transdisciplinaridade e multiprofissionalidade para atender ao princípio da integralidade. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde*. 2004;1(1):14-5.
14. Bezerra APS, Andrade BBL, Batista BS, Reis CR, Arenhart CGM, Parente CG, et al. Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel? *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2013;7(3):57-62.
15. Avellar SOC. Migração interna de mestres e doutores no Brasil: algumas considerações. *RBPG*. 2014;11(24):429-57.
16. Machado MH(Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
17. Machado MH. Mercado de trabalho em saúde e dinâmica da oferta e demanda. In: *Anais da Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos; 2010*, Rio de Janeiro: Centro Colaborador da OPAS/OMS; 2010.
18. Chen R, Zhao Y, Du J, Wu T, Huang Y, Guo A. Health workforce equity in urban community health service of China. *PLoS One*. 2014;9(12):1-15.
19. Rizzoto MLF, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde Debate*. 2014;38:237-51.
20. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl. 2):190-8.
21. Scarpin JE, Slomski V. Estudo dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para a tomada de decisão na gestão governamental. *Rev Adm Pública*. 2007;41(5):909-33.
22. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para a gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):622-31.
23. Tess BH, Aith FMA. Intersectoral health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. *Ciênc Saúde colet*. 2014;19(11):4449-456.

---

**Como citar este artigo:**

Ferreira JS, Filgueiras ARB, Cazola LHO. Equidade na distribuição de sanitaristas formados para atuar no SUS. *Rev. Aten. Saúde*. 2018;16(56):63-69.