

Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: novas propostas para os velhos problemas da saúde?

Moema Guimarães Motta¹

Resumo

O artigo propõe uma análise comparativa entre as deliberações da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável proposta pela 69ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em maio de 2016 e as políticas públicas propostas pela Aliança para o Progresso adotada no Brasil nas décadas de 1964 a 1985, a partir da consulta ao referencial bibliográfico e documental pertinente ao tema, a fim de destacar as inovações estratégicas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o manejo dos problemas de saúde pública, com destaque para a institucionalização da participação dos atores não- governamentais na gestão, incentivando as parcerias público – privadas e seus reflexos no Brasil e demais países sul-americanos.

Palavras-chave: Objetivos de desenvolvimento sustentável, Saúde global.

Abstract

The article proposes a comparative analysis between the deliberations of the Agenda 2030 for Sustainable Development proposed by the 69th World Health Assembly held in May 2016 and the public policies proposed by the Alliance for Progress adopted in Brazil in the decades from 1964 to 1985, from The consultation of the bibliographic and documentary referent pertinent to the theme, in order to highlight the strategic innovations proposed by the World Health Organization (WHO) for the management of public health problems, with emphasis on the institutionalization of the participation of non-governmental actors in the management , encouraging public - private partnerships and its reflexes in Brazil and other South American countries.

Key-words: Sustainable development goals, Global health.

¹ Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia e Direito da Universidade Federal Fluminense. Docente do Departamento de Saúde e Sociedade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.

Introdução

A proposta do artigo considerou a recente divulgação da Agenda 2030¹ pactuada na 69ª Assembleia Mundial da Saúde realizada em maio de 2016 em Genebra, onde são apontados como principais problemas a serem enfrentados para promoção e manutenção da saúde mundial, o combate à fome e a pobreza. Curiosamente, o mesmo diagnóstico realizado pelos técnicos da Oficina Pan-Americana de Saúde quando ocorreu a adesão do Brasil à proposta da Aliança para o Progresso em 1964^{2;3;4};

Diante das mudanças sociais, políticas e tecnológicas ocorridas no cenário mundial ao longo desses quase sessenta anos, interessou-me desenvolver uma análise comparativa entre as duas propostas de ação a fim de pontuar as inovações propostas na contemporaneidade na esperança de solucionar velhos problemas

O presente trabalho, baseou-se na consulta bibliográfica e documental pertinente ao tema, a fim de relembrar os referenciais políticos e ideológicos que embasaram a, já superada, proposta da Aliança para o Progresso e também para analisar a novidade e o potencial transformador sugerido nas inovações da Agenda 2030. Principalmente, a alusão aos diferentes recursos tecnológicos comunicacionais e informatizados disponíveis na atualidade capazes de realmente afetar de forma positiva os resultados desejados nas ações de promoção e manutenção da saúde populacional e também individual.

A recente proposta da Organização das Nações Unidas (OMS) destaca a preocupação em comprometer a sociedade como um todo na construção, execução e manutenção das ações e defende a adoção das parcerias público-privadas e não apenas com alianças governamentais, tendo inclusive aprovado a institucionalização da participação dos agentes não governamentais na OMS. Portanto, o documento foi acolhido com um certo receio pelos países que compõem a Unasul, principalmente preocupados em coibir a reprodução de erros passados.

Relembrar o passado para preparar o futuro

A divulgação das resoluções da 69ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em Genebra no mês de maio do ano passado, teve como pauta a

Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. A proposta debatida em diversos encontros anteriores ao encontro mundial pretende dar um novo direcionamento ao acordado para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio(ODM), pactuado no ano 2000, e mobilizar esforços para garantir as condições necessárias para criar condições capazes de garantir um crescimento sustentável, inclusivo e economicamente sustentado, com divisão equânime dos benefícios e conhecimento produzido ao longo dos anos e trabalho decente para todos tendo em conta os diferentes níveis de desenvolvimento e capacidades dos diferentes países.

Uma leitura inicial do Pacto pela Saúde 2030 remete-nos ao passado histórico das ações de cooperação regional desenvolvidas nos países Latino-Americanos a partir da década de 1960 pela chamada Aliança para o Progresso, alvo de críticas severas durante a luta pela redemocratização do Brasil. Portanto, uma análise mais cuidadosa das duas propostas parece ser necessária para afastar o sentimento inicial de uma simples repetição e identificar como o novo acordo pretende inovar e enfrentar os velhos problemas.

A proposta da Aliança para o Progresso considerou as análises do Conselho Interamericano Econômico e Social (CIES) reunido no Uruguai em 1961. Naquele momento, preocupava aos membros do CIES o avanço do ideário comunista e, particularmente, a recente Revolução Cubana de 1959. Portanto, através da Carta de Punta del Leste, foi proposto um esforço conjunto dos países latino-americanos para alcançar o desenvolvimento esperado, baseado na Doutrina Truman.²

A chamada Doutrina Truman, embasava o ideal desenvolvimentista do pós-guerra, propunha a padronização mundial da vida como um processo natural de desenvolvimento e buscava demonstrar a possibilidade de reformas sociais dentro do capitalismo. Baseada na teoria da modernização de base estrutural-funcionalista, que admitia a necessidade de percorrer etapas lineares de evolução para atingir a qualidade de vida e o padrão econômico dos países ocidentais considerados desenvolvidos.

Assim, para acelerar as etapas e atingir o nível de desenvolvimento americano, os países subdesenvolvidos deveriam investir na criação de condições para reproduzir o mesmo modo de vida das sociedades avançadas da época. Através da adoção de altos níveis de industrialização, urbanização e

tecnologia agrícola de forma a conseguir acumular capital econômico, e conseqüentemente, ter acesso a padrões modernos de educação, moradias e culturas. Para contar com o auxílio técnico e financeiro dos países desenvolvidos, os países signatários da Aliança precisariam implantar mudanças sociais de forma a se tornarem elegíveis para se capacitarem, a fim de cumprirem as etapas propostas e se desenvolverem. Uma vez que se propunha a demonstrar as vantagens do modelo liberal e competitivo da produção econômica, podíamos identificar outros interesses além da ajuda humanitária ao se atribuir ao excessivo percentual de pobres a dificuldade de se alcançar o padrão de vida dos países mais desenvolvidos².

A adesão do Brasil a Aliança para o Progresso ocorreu durante o período da Ditadura Militar e a proposta considerou prioritário investir no combate à fome e a pobreza para garantir o crescimento industrial e a prosperidade desejada, a partir do esforço para adequar a população aos novos meios de produção necessários para alcançar o equilíbrio natural do desenvolvimento econômico. Também investir nas populações vulneráveis com incentivo a maior autonomia feminina, controle da natalidade e produção mecanizada e industrializada de alimentos. Aliado ao maior acesso à educação e qualificação da população, a ampliação dos postos de trabalho com o conseqüente maior acúmulo de riqueza necessária para a garantia de acesso aos padrões de consumo urbano próprios do modelo industrial de produção.^{5;6}.

A política obteve resultados satisfatórios em algumas áreas como a redução da mortalidade infantil e a queda da natalidade no país, comprovados nas séries estatísticas. Assim, a proporção de jovens totalizava 42% da população total do Brasil em 1950 e reduziu-se para 30% no ano 2000. Também em 1960 o país apresentava em torno de 131 mortes a cada mil nascidos vivos. Valor reduzido para 115 em 1970, 60 em 1980 e atingiu 30 crianças por mil nascidos vivos no ano 2000. Paralelamente, a taxa de fecundidade caiu de 6,2 em 1960 para 2,4 em 2000, ou seja, em torno de quatro filhos em média^{7;8}.

Por outro lado, as ações implementadas através da Aliança para o Progresso contribuíram para o crescimento da dependência interna da tecnologia importada, utilização de medicamentos e equipamentos industrializados, redução do aleitamento materno e maior consumo de alimentos industrializados, aliado ao fortalecimento da típica familiar nuclear urbana e

rompimento das tradicionais redes familiares de apoio próprias das zonas rurais. Em um processo que expandiu em curto espaço de tempo a urbanização e o crescimento industrial brasileiro.

Através da chamada Revolução Verde^{9;10}, o país passou a utilizar sementes geneticamente modificadas, defensivos agrícolas, quimificação e maquinário importado a fim de aumentar a produção de grãos. Ações posteriormente relacionadas as graves agressões ambientais e também para a saúde dos trabalhadores, além de proporcionar maior concentração da riqueza nas mãos dos grandes proprietários devido ao alto custo do modelo de produção adotado.

Durante o período inicial do governo militar o país registrou um crescimento nunca visto, com a interiorização da urbanização e investimento em construção de grandes obras como a construção de hidrelétricas e projetos de mineração na região da Amazônia, rodovias de grande porte como a Transamazônica e a Perimetral Norte e outras interessadas em apoiar o crescimento industrial, mas que não apresentou uma distribuição equitativa nas diversas regiões do país, além de dizimar diversas populações indígenas por doenças e atos de violência consequentes ao contato com não indígenas e impor um modelo de organização social que se pretendia universal.

Também foi registrada a expansão dos postos de trabalho no setor de serviços necessários para atender a expansão urbana, acompanhada do investimento na educação, de tal forma que em 1960 registravam-se 260 instituições de ensino superior no país e em 1975 contabilizavam-se 848 escolas superiores, com registro do crescimento em torno de 192% das escolas médicas, totalizando 73 faculdades de medicina no Brasil no início dos anos setenta. Embora, a maioria localizada nas regiões industrializadas do sul e sudeste do país e voltadas aos interesses da rede privada^{6,11,12,13}.

A partir da década de 1970, com o desgaste da Guerra do Vietnam, a Crise do Petróleo e a consequente redução do investimento que vinha sendo feito, cresceu o endividamento do país, acompanhado do desemprego e altos índices inflacionários e o Brasil chegou a registrar um PIB negativo. Um cenário marcado pela reação dos movimentos sociais populares insatisfeitos, como o Movimento Indígena Brasileiro que reivindicava o direito a posse da terra e a sua diversidade étnica e cultural, os seringueiros que lutavam pelo uso sustentável

da floresta, além das populações urbanas que reivindicavam o acesso a habitação e outros que se juntaram ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e lutaram pela redemocratização do país, o reconhecimento da saúde como um direito e a criação do Sistema único de Saúde(SUS), nos moldes do seguridade Social adotada em alguns países da Europa, estatal, universal e gratuito^{14.15}.

O processo de implantação das mudanças estabelecidas no texto Constitucional tem se desenvolvido em um contexto de conflito que evidenciou as diferentes formas de interpretação da Carta Constitucional acompanhados desde a década de 1990 de ajustes legislativos e políticos que permitiram a expansão da rede privada de assistência e o entendimento da atenção à saúde como um serviço. Além da apropriação por parte da população leiga de conceitos, antes restritos aos membros das diversas corporações profissionais e quadro técnico da gestão dos serviços, e com a conseqüente transferência para o campo jurídico das denúncias do não cumprimento das garantias de acesso aos recursos para promoção e manutenção das condições de saúde, no que ficou conhecido como judicialização da saúde. Um quadro analisado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ)¹⁶ e que acusava, em 2010, mais de 11 mil processos nas justiças estadual e federal relativos a demanda por assistência à saúde. Tendo como resultado um processo de desgaste na relação entre profissionais e usuários dos serviços acompanhado do desinteresse do profissional em se fixar no serviço público e receio das camadas populacionais de melhor poder aquisitivo em apoiarem o SUS como idealizado.

Porém, a construção da solidariedade social e a partilha dos diferentes sentidos sobre o cuidado da saúde não está concentrado apenas no trabalho da assistência médica. Sem dúvidas, como afirmou Bobbio¹⁷, ninguém mais questiona a legalidade do direito à saúde, mas sua efetivação exige disposição de mudanças dos diversos setores da sociedade em prol de um bem comum.

Algumas reflexões sobre as mudanças propostas na Agenda 2030

A Agenda 2030 surge em um contexto internacional diferente dos anos passados. O salto que diferencia o momento atual encontra-se na maior conscientização social da injustiça da permanente realidade de desigualdade social e pelo interesse em encontrar novos sentidos para o uso dos avanços da

ciência frente a impossibilidade de manter invisível a realidade de uma sociedade complexa e que reivindica o respeito ao direito de ser diferenciada e ter garantia de condições de viver com dignidade^{18.19}.

Assim, o documento da OMS apresenta uma preocupação destacada com o crescente movimento migratório das populações afetadas pelas guerras ou oriundas de países marcados pela carestia de benefícios básicos como o acesso a água doce, moradia e alimentos em direção aos países com maior desenvolvimento econômico.

Também, a necessidade de conter as alterações climáticas provocada pelo crescimento industrial desordenado, a produção crescente de lixo e a consequente degradação do ecossistema planetário que afeta a totalidade das populações pobres e ricas. Mas, diferente da Doutrina Truman, a redação do Pacto reconhece que o sucesso da proposta não exige a adesão passiva das populações - alvo das intervenções, mas também, a mudança do padrão de consumo e a redução da margem de lucro esperada pelos parceiros empreendedores com maior poder econômico para que não se torne insustentável a dívida assumida e não se possa garantir o crescimento esperado dos desvalidos e cresça a violência e a inequidade social.

Soma-se ainda o cuidado de utilizar o conhecimento científico acumulado e a facilidade de monitoramento dos resultados obtidos para evitar erros passados e minimizar as agressões capazes de afetar o meio ambiente e a diversidade cultural garantida pelos Direitos Humanos.

Portanto, a proposta atual considera as mudanças ocorridas no contexto mundial nos últimos anos e a necessidade de um acordo global que considere três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental.

Embora a OMS mantenha o processo de tomada de decisões como privilegio da análise técnico – científica dos problemas definido por um grupo restrito de técnicos, foi considerado pela primeira vez a institucionalização das parcerias ampliadas entre o setor público e privado nas ações propostas, a fim de comprometer a sociedade mundial no esforço pela construção de uma sociedade mais justa, pacífica e solidária.

A disposição demonstrada pela OMS de permitir a participação de entidades não governamentais e institucionalizar a participação das instituições

privadas no mesmo nível dos estados-membros recebeu críticas, como divulgado pelo informativo do Instituto Sul- Americano de Governo em Saúde/ União de Nações Sul-Americanas (Isags/Unasul)¹⁹. Principalmente pelo receio de que o poder econômico dos financiadores privados afete a capacidade de fiscalização e controle das ações acordadas pela OMS e privilegie os interesses privados com prejuízo para o efetivo auxílio às populações com menor atrativo para o empreendedor privado.

Por outro lado, como defendido pela Professora Deisy Ventura no mesmo informativo acima citado, a medida torna público uma parceria que sempre pareceu existir, embora sem ser reconhecida com transparência e, talvez o cuidado estabelecido no documento que define as regras para a participação de atores não estatais facilite o melhor controle da sociedade sobre as atividades dos mesmos. De qualquer forma é necessário a transparência dos processos a fim de evitar a utilização do pacto com fins de dominação e outros fins ilícitos.

A preocupação em evitar situações que desfavoreçam o respeito aos interesses regionais dos países Sul-Americanos vem se consolidando desde 2005 com a criação da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), contrárias ao funcionamento da Área de Livre Comércio das Américas (ALCA) proposta pelo presidente norte-americano em 1994. Além do Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS), com permanente atuação independente de seus grupos técnicos e alianças regionais capazes de promoverem maior integração e parceria dos países membros na luta pela atenção à saúde baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Como demonstrado por Faria et al ²⁰:

A atuação da Unasul, por meio de posicionamentos comuns na Assembleia Mundial da Saúde, ao longo dos últimos cinco anos, claramente traz visibilidade ao processo de integração regional na América do Sul e fortalece a própria Unasul como um *player* global na agenda mundial da saúde, através do exercício da diplomacia da saúde. O acompanhamento dos temas ao longo dos anos indica maturidade do bloco na definição das prioridades e das posições políticas defendidas, visando alcançar objetivos de interesses comuns (p. 932).

Ao propor o pacto global pela saúde e a paz mundial, diferente dos debates desenvolvidos na década de 1970, na Agenda 2030 o modelo tecno – científico de assistência à saúde deixou de ser apresentado como oneroso e

excludente. Antes, foi reconhecido pelo órgão internacional a existência de um mercado consumidor estável em âmbito mundial de interesse para o investidor privado e o inquestionável reconhecimento do modelo médico ocidental como referência para as ações desenvolvidas nas políticas de saúde mundiais.

Portanto, a novidade do encontro foi propor o enfrentamento da permanente desigualdade de condições de vida entre os países e a manutenção da agressão ao ecossistema global a partir de um compromisso social abrangente, com estímulo a adoção de parceria público-privada e a convivência solidária entre os diferentes modelos de oferta de serviços e recursos necessários para obtenção do resultado esperado supervisionados pela OMS.

Detentor de um conhecimento especializado, o médico continua a ser valorizado e avaliado a partir de sua competência técnica e capacidade de responder de forma crítica, propositiva e criativa aos desafios do cotidiano do trabalho. Em especial, nas situações onde se defrontam as autonomias do usuário, as limitações estruturais dos serviços e a responsabilidade do profissional e torna mais delicada e necessária a confiança entre o médico e os usuários dos serviços. Sendo reconhecida a importância do acesso permanente ao profissional como diferencial positivo para garantir o sucesso da implantação e manutenção das atividades propostas.

A preocupação com o critério distributivo dos recursos necessários ao funcionamento do Sistema Mundial de Saúde incluiu um debate prévio sobre a distribuição equitativa dos profissionais de saúde, promovida pelo Grupo de Trabalho de Gestão de Recursos Humanos em 2015²¹, que deu seguimento ao Chamado à Ação de Toronto (2005) e, produziu um documento para apreciação dos participantes da 69ª Assembleia Mundial de Saúde. Nele foi proposto o cadastramento de todos os médicos e enfermeiros e dos postos de trabalhos públicos e privados disponíveis nos diferentes países a fim de melhor distribuir os profissionais segundo necessidades globais e não só locais. Evitando concentração e duplicação de oferta de serviços em áreas de maior poder econômico. Sendo reiterado o diagnóstico da crescente desmotivação dos profissionais para atuarem nos serviços públicos de saúde e as comprovadas vantagens de se garantir a oferta permanente de serviços de assistência à saúde, a necessidade de motivação e melhor qualificação dos profissionais com

previsão da inclusão de planos de cargos e carreiras para os profissionais na lógica de um Sistema Mundial de Saúde gerenciado pelas Nações Unidas.

Em paralelo aos debates da referida Assembleia, foi abordado o uso da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na atenção à saúde. Não só para melhorar as informações epidemiológicas e demográficas necessárias para o planejamento e gestão das políticas públicas, mas também a possibilidade do uso da rede de telefonia celular entre outros para capacitar a população em geral a intervir no autocuidado e aproveitar a maior interconectividade para ampliar a cobertura universal de assistência à saúde. O Pacto pela Saúde 2030, portanto, não pretende ser uma repetição de um projeto iniciado no século passado, apesar de manter o mesmo diagnóstico do passado, divide a responsabilidade pela manutenção dos problemas identificados entre todos os países ricos e pobres.

Apesar do documento fazer alusão a gestão com interesse na pessoa, a preocupação em atender aos interesses econômicos e as demandas globais confirmam o interesse da OMS em desestimular os sistemas de saúde estatais e ampliar as possibilidades de ajuda entre diferentes coletivos que possam apresentar interesses em comum. Rompendo com a ideia da saúde pública como exclusividade dos governos e dividindo a responsabilidade do resultado alcançado com toda a sociedade. Embora deixe dúvidas sobre a efetiva garantia de respeito aos diferentes coletivos populacionais não produtivos como os doentes psiquiátricos, portadores de quadros crônicos e incapacitantes, demandas de saúde das localidades sem grandes atrativos para a exploração econômica, além do respeito a populações tradicionais e indígenas. Temas caros no debate bioético.

Não é, portanto, um debate novo no Brasil e algumas ações propostas já estão sendo adotadas como ilustra a opção governamental pela implantação do Programa Mais Médico e a adoção da parceria –público privada na rede pública. Embora ambas as medidas acompanhadas de fortes críticas tanto pela corporação médica quanto por parte do funcionalismo dos serviços públicos, além da crescente desconfiança da população em acreditar nos interesses dos órgãos públicos.

O entendimento da assistência à saúde como uma prestação de serviços aliada ao maior acesso a tecnologias comunicacionais e a opção pela

internacionalização da mão- de- obra pode trazer benefícios advindo das trocas de experiências antes impensadas. Porém, em um contexto onde a perícia técnica e o uso de tecnologias diagnósticas e terapêuticas não se sobreponham à lógica do cuidado e não desconsidere o entendimento humanitário sobre o direito à saúde e o respeito aos interesses coletivos.

Considerações Finais

As resoluções da Agenda 2030, coerente com diferentes debates regionais e internacionais, preocupa-se com a ameaça comprovada da manutenção da vida no planeta, mantido o modelo de expansão industrial desordenado. O documento acena para a possibilidade de enfrentamento dos problemas identificados com o cuidado em não repetir erros passados e reconhece a disponibilidade atual dos diferentes recursos necessários para que todos possam gozar a vida com dignidade. Portanto, no momento atual o problema parece ser a definição das estratégias que serão adotadas e as medidas de proteção acordadas para impedir a violação unilateral dos acordos com prejuízo para as populações.

O fortalecimento da relação entre os países Sul-Americanos e as críticas apresentadas pela Unasul deixam indícios das marcas deixadas nos países quando da adesão à política da Aliança para o Progresso, mas também o interesse em investir na qualidade de vida e apostar em projetos inovadores. Uma oportunidade para estreitar as relações internacionais e fortalecer parcerias antes impensadas, sem descuidar de manter vigilância e buscar atuar de forma a garantir o efetivo cuidado da saúde de forma integral, universal e equânime, sem prejuízo do respeito a pluralidade étnico e cultural característica do nosso continente.

Referências bibliográficas

¹ Organização Mundial de Saúde. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2016. (Acessado em 14 de fevereiro de 2017); 42. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>>. 42 p.

- ² Ribeiro, RA. A Aliança para o Progresso e as relações Brasil-EUA. (tese de doutorado). Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2006.
- ³ Lima SC. Da substituição de importações à Brasil potência: concepções do desenvolvimento 1964-1979. Aurora. 2011; V (7): 34-44.
- ⁴ Silva AM. A política de JK: a Operação Pan-Americana. Rio de Janeiro: CPDOC; 1992.
- ⁵ Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In.: Giovanella L. *et al*, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 385-434.
- ⁶ Pires-Alves FA, Paiva CHA. Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975 – 1988). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- ⁷ Brito FA, Pinho BATD. A dinâmica do processo de urbanização no Brasil, 1940–2010. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2012. (Texto de discussão, 464)
- ⁸ Pedro JM. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. Rev. Bras. Hist. 2003; 23 (45): 239-260.
- ⁹ Alves CT, Tedesco JC. A revolução verde e a modernização agrícola na mesorregião noroeste do Rio Grande do Sul - 1960/1970. Revista Teoria e Evidência Econômica. 2015; 21 (45): 257-281.
- ¹⁰ Ávila DF, Griebeler MPD, Brum AL. Inovação: a Modernização da Agricultura no Planalto Gaúcho (Brasil). Ver. de Ciências Jurídicas e Empresariais. 2015; 16 (2): 156-164.
- ¹¹ Gonçalves EL. O ensino médico e as escolas médicas no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo/NUPES; 1991.
- ¹² Silva LASR. A educação médica e a reforma sanitária. Cad. Saúde Pública. 1986; 2 (4): 93-504.
- ¹³ Médici AC. A Força de Trabalho em Saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. Rer. Adm. Públ. 1986. 20 (3): 54-69.
- ¹⁴ Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Edufba; 2008.
- ¹⁵ Paiva CHA, Teixeira, LA. Reforma Sanitária e a criação do Sistema único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos. 2014; 21 (1): 15-36.
- ¹⁶ Felipe DA e Roseni P, coordenadores. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2015.
- ¹⁷ Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

¹⁸ Santos BS. Para uma revolução democrática da justiça. São Paulo: Cortez; 2008.

¹⁹ Instituto Sul-americano de Governo em Saúde / União de Nações Sul-americanas. Informe Especial Assembleia Mundial de Saúde. Rio de Janeiro; Maio de 2016. (acessado em 12 de fevereiro de 2017); 2016. Disponível em <[http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3374\]ling\[1\]anx\[777\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3374]ling[1]anx[777].pdf)>.

²⁰ Faria M, Giovanella L, Bermudez L. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. Saúde em Debate. 2015; 39 (107): 920-934.

²¹ World Health Organization. Health workforce 2030. Towards a global strategy on human resources for health. 2015. (Acesso em 03 de março 2016); 40. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/documents/15-295Strategy_Report-04_23_2015.pdf?ua=1>.