

Dharmesh K. Lal¹

REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE NA ÍNDIA*

¹Fundação Nacional de Saúde da Índia. Nova Délhi, Índia.

Correspondência: dharmesh.lal@phfi.org

Recebido: 03/06/2018. Revisado: 13/09/2018. Aprovado: 20/09/2018.

* Artigo original desenvolvido no âmbito da pesquisa "Arranjos institucionais de mediação das diferentes instituições de regulação de profissões de saúde no Brasil: itinerário jurídico-administrativo de criação de novas profissões de saúde e aperfeiçoamento da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde/MS", realizada pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) em 2018.

RESUMO

A regulação das profissões de saúde é crucial para atingir os objetivos nessa área, garantindo atendimento de alto padrão e segurança. As regulamentações sobre as profissões de saúde precisam assegurar a qualidade da educação, infraestrutura e a manutenção contínua dos padrões profissionais em todas as profissões de saúde. Estas medidas também asseguram ao público, outras partes envolvidas, e profissionais de que todas as preocupações sobre os padrões dos profissionais serão tratadas de forma transparente e consistente. Em termos amplos as regulamentações consistem na criação de políticas, regras de admissão para os diferentes cursos para profissionais de saúde, definição e regulação dos padrões educativos através do controle das qualificações e expertise dos docentes, a infraestrutura exigida das instituições de estudo, a manutenção de registros, melhoramento contínuo e avaliação das habilidades profissionais, bem como o monitoramento das práticas integrativas e complementares de saúde por pessoas sem qualificação, investigando e resolvendo problemas relacionados à conduta, saúde ou desempenho dos profissionais registrados. Na Índia o atendimento médico é fornecido por uma variedade de quadros com variados níveis de conhecimento, em variados sistemas médicos, tanto no setor público quanto no privado e existem organismos normativos para médicos, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos. Este artigo apresenta o Modelo Normativo das Profissões de Saúde na Índia, identificando suas principais instituições e mecanismos normativos.

Palavras-Chave

Cobertura Universal de Saúde; Profissões de Saúde; Regulação das Profissões de Saúde; Sistema de Saúde da Índia.

Introdução

De acordo com o censo indiano de 2011, a Índia tem uma população de 1.2 bilhões de pessoas das quais 31.16% moram em áreas urbanas. A governança do país é efetuada por meio de uma combinação de vários estados, territórios da União e governo central, no topo da estrutura federal.

Constitucionalmente existe uma clara segregação de poderes entre o governo da União e dos estados para evitar a intrusão de funções, deveres e responsabilidades entre eles^{1,2}. Vários papéis e funções dos governos da União e dos estados estão escritos em três relações detalhadas no Sétimo Anexo da Constituição indiana: da União, do Estado e uma relação conjunta. Basicamente, a Relação da União consiste em temas de importância nacional, tais como defesa, ferrovias, assuntos externos etc. A Relação do Estado consiste em assuntos de interesse local tais como polícia, ordem pública, água e saúde, sendo este último um dos assuntos mais importantes dela. Já a Relação Conjunta consiste de assuntos importantes tanto para o governo central como para os governos dos estados, como eletricidade, planejamento econômico e social e, relevante para este artigo, educação na área médica.

Em termos organizacionais, a governança está a cargo do Ministério da Saúde e do Bem-Estar da Família (Ministério da Saúde) no nível nacional e, de forma similar, no nível estadual. Devido ao fato de a saúde ser uma questão dos estados, cada um deles deve prover o orçamento para o próprio sistema de saúde, incluindo o desenvolvimento da infraestrutura, embora o governo da União também disponibilize recursos adicionais de seus próprios fundos aos estados para vários programas de saúde, também conhecidos como Programas Nacionais de Saúde e outros projetos centralmente patrocinados. O governo da União, por meio do Ministério da Saúde, também formula políticas como a Política Nacional de Saúde, Política Nacional da População, regras gerais, Plano de Monitoramento e Avaliação e estratégias de implementação para os Programas Nacionais de Saúde e outros projetos semelhantes.

Os serviços de saúde da Índia são formados por prestadores públicos e privados, organizações de caridade, organizações não governamentais e prestadores informais, configurando um sistema misto de saúde^{3,4}. No entanto, grande parte dos prestadores privados de saúde, como na maioria dos países, está concentrada nas

¹INDIA. Ministry of Home Affairs. *Census of India 2011*. Rural urban distribution of population. Disponível em: <http://censusindia.gov.in/2011-prov-results/paper2/data_files/india/Rural_Urban_2011.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

²INDIA. Governance & Administration. Disponível em: <<https://www.india.gov.in/topics/governance-administration>>. Acesso em: 17 maio 2018.

³SHEIKH, K.; SALIGRAM, P.S.; HORT, K. What explains regulatory failure? Analysing the architecture of health care regulation in two Indian states. *Health Policy Plan*, v. 30, n. 1, p. 39-55, Feb. 2015. 10.1093/heapol/czt095.

⁴RAO, M.; RAO, K.D.; SHIVA KUMAR, A.K.; CHATTERJEE, M.; SUNDARARAMAN, T. Human resources for health in India. *Lancet*, v. 377, n. 9765, p. 587-598, Jan. 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61888-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61888-0).

áreas urbanas da Índia, fornecendo serviços de saúde de alta qualidade. O sistema de saúde pública, que é totalmente administrado pelo governo, foi desenvolvido uniformemente nas áreas rurais da Índia, com hospitais distritais abrangentes em cada sede de distrito. Contudo, os sistemas urbanos de saúde variam de uma cidade para a outra – dependendo do sistema de governança urbano e da disponibilidade orçamentária – e variam também em relação à estrutura, comparando-se com seus equivalentes rurais. A infraestrutura da saúde pública nas áreas rurais tem sido desenvolvida com base em um sistema de três níveis: subcentro, centro de saúde básica e centro de saúde comunitária⁵.

I. Sistema de Saúde da Índia

1. Subcentro

Um subcentro (SC) é instalado em uma área plana para uma população de 5.000 pessoas, enquanto que em áreas montanhosas ou de difícil acesso o SC abrange 3.000 pessoas. Trata-se do primeiro e mais periférico ponto de contato entre o sistema básico de saúde e a comunidade. Cada SC deve ter pelo menos auxiliar de enfermagem e parteira, dos sexos feminino e masculino. O SC fornece serviços de saúde materno-infantil, para o bem-estar da família, de nutrição, imunização, controle de diarreia e programas de controle de doenças transmissíveis, além de tarefas relacionadas à comunicação interpessoal a fim de promover mudanças de comportamento. Desde abril de 2002, o Ministério da Saúde provê 100% de apoio central a todos os SC no país, na forma de salário, despesas de aluguel e contingências, além de medicamentos e equipamento.

2. Centro de saúde básica

O centro de saúde básica (PHC, sigla em inglês para *primary health centre*) localiza-se em área plana para uma população de 30.000 pessoas e, em áreas montanhosas ou de difícil acesso, para 20.000 pessoas. Trata-se do primeiro ponto de contato entre a comunidade da vila e o médico encarregado. Os PHC fornecem atendimento médico terapêutico e preventivo integrado à população rural, com ênfase nos aspectos preventivos e de promoção da saúde. Os PHC são estabelecidos e mantidos pelos governos estaduais. O mínimo de pessoal exigido para um PHC é um médico encarregado, auxiliado por 14 paramédicos e outros funcionários. O PHC atua como uma unidade de referência para cinco ou seis SC e tem de quatro a seis leitos para internação.

⁵INDIA. Ministry of Health & Family Welfare. *Indian Public Health Standards*. Disponível em: <<http://nhm.gov.in/nhm/nrhm/guidelines/indian-public-health-standards.html>>. Acesso em: 17 maio 2018.

3. Centro de saúde comunitária

O centro de saúde comunitária (CHC, sigla em inglês para *community health centers*) atende uma população de 120.000 pessoas, localizadas em áreas planas, e de 80.000 pessoas, localizadas em áreas montanhosas ou de difícil acesso. Mantido pelos governos estaduais, pelas normas mínimas, um CHC deve ter quatro médicos especialistas, ou seja, um cirurgião, um médico clínico, um ginecologista/obstetra e um pediatra, auxiliados por 21 paramédicos e outros funcionários. Cada centro conta com 30 leitos e um centro cirúrgico, radiologia, sala de parto e laboratório, e também serve como centro para o encaminhamento de pacientes provenientes dos PHC de sua jurisdição.

4. Hospital distrital

Dentro dos três níveis de atendimento oferecidos pelos serviços de saúde pública, o hospital distrital (DH, sigla em inglês para *district hospital*) encontra-se na esfera mais elevada. O DH tem como objetivo fornecer atendimento médico às pessoas do distrito com um nível de qualidade aceitável, sendo responsivo e sensível às necessidades das pessoas e dos centros de triagem. O DH é o maior centro de segundo nível de saúde pública no distrito. Existem 734 DH no país, fornecendo atendimento em todas as especialidades a uma população de 1,5 milhão em média, sendo instalado e mantido pelos respectivos governos estaduais. O número de leitos de um DH varia de 100 a 500 dependendo da necessidade e da política do respectivo governo estadual.

5. Missão Nacional de Saúde Rural

Para fortalecer os sistemas de saúde e aumentar a disponibilidade de profissionais da área, o governo da Índia lançou em 2005 a Missão Nacional de Saúde Rural, agora transformada na Missão Nacional de Saúde para reduzir a mortalidade materna e infantil por meio do incremento do gasto público em sistemas de saúde, descentralização, mudanças estruturais, formalização da participação comunitária no planejamento básico de saúde, monitoramento da entrega dos serviços de saúde, aumento da demanda de serviços, redução da desigualdade e a criação de um posto de trabalho para o atendimento da linha de frente, em cada aldeia, chamado de ativista credenciado de saúde social (ASHA, sigla em inglês para *accredited social health activist*).

Inicialmente a Missão foi implementada em 18 estados, com indicadores baixos de saúde e para a melhoria da infraestrutura rural de saúde, porém, devido aos seus impactos positivos, foi ampliada para todo o país, inclusive nas áreas urbanas^{6,7}.

⁶MOHANTY, S.K.; KASTOR, A. Out-of-pocket expenditure and catastrophic health spending on maternal care in public and private health centres in India: a comparative study of pre and post national health mission period. *Health Econ Rev*, v. 18, n. 7, p. 31. Sept. 2017. 10.1186/s13561-017-0167-1.

⁷DOKE, P.P. Decline and disparity in maternal mortality in pre- and post-national health mission period in India. *Indian J Public Health*, v. 60, n. 4, p. 294-297, Oct./Dec. 2016. Disponível em: <http://www.ijph.in/temp/IndianJPublicHealth604294-7138633_194946.pdf>. 10.4103/0019-557X.195857.

O Ministério da Saúde, sob o governo central, libera os fundos para todas as atividades da Missão, diretamente para os estados, bem como as diretrizes relativas à mão de obra, desempenho e gestão.

II. Gestão das profissões de saúde

Os profissionais de saúde são muito importantes para atingir os objetivos nessa área⁸. Uma força de trabalho com bom desempenho tem condições de alcançar os melhores resultados possíveis nas circunstâncias possíveis, com os recursos existentes e com uma gestão apropriada do sistema^{9, 10}.

A efetividade dos sistemas de saúde depende, grandemente, da qualidade dos profissionais de saúde, os quais têm como incumbência oferecer o melhor serviço, em combinação com outros elementos como recursos financeiros, tecnologia, informação e medicamentos essenciais¹¹. Os governos regulam os serviços e sistemas de saúde para melhorar a qualidade e os resultados, assegurar equidade e acesso, proteger a sociedade, promover a coesão social e incrementar a eficiência econômica¹².

O funcionamento dos sistemas de saúde em qualquer país depende do nível de regulação da força de trabalho, pois, profissionais qualificados e competentes são chave para o funcionamento efetivo do sistema. A regulação dos profissionais de saúde tem o objetivo de garantir atendimento médico de alto padrão e segurança à comunidade, melhorando a qualidade dos serviços dos prestadores. A responsabilidade dos trabalhadores de saúde garante uma salvaguarda à qualidade, portanto, a negligência na educação e nas práticas é injustificável¹³.

A regulação dos profissionais de saúde precisa assegurar a qualidade da educação e da infraestrutura e padrões contínuos para todos os trabalhadores da área. Essas medidas podem também ser uma garantia, para o público e outros atores envolvidos no campo da saúde, que todas as questões relacionadas à qualidade do

⁸WORLD HEALTH ORGANIZATION. Key components of a well functioning health system. WHO, May 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1>. Acesso em: 11 maio 2018.

⁹ANAND, S.; BÄRNIGHAUSEN, T. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. *Health Policy*, v. 105, n. 2-3, p. 185-191, May 2012. 10.1016/j.healthpol.2011.10.012.

¹⁰TTANGCHAROENSATHIEN, V.; LIMWATTANANON, S.; SUPHANCHAIMAT, R.; PATCHARANARUMOL, W.; SAWAENGDEE, K.; PUTTHASRI, W. Health workforce contributions to health system development: a platform for universal health coverage. *Bull World Health Organ*, v. 91, n. 11, p. 874-880, Nov. 2013. 10.2471/BLT.13.120774.

¹¹WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

¹²HARDING, A.; PREKER, A. (Eds.). *Private participation in health services*. Washington (DC): World Bank; 2003.

¹³HILL, T.E.; MARTELLI, P.F.; KUO, J.H. A case for revisiting peer review: Implications for professional self-regulation and quality improvement. *PLoS One*, v. 13, n. 6, June 28, 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0199961>>. 10.1371/journal.pone.0199961.

sistema serão tratadas de forma consistente e transparente¹⁴. A regulação dos profissionais de saúde durante a fase de formação acadêmica e de conduta profissional ajuda a garantir a qualidade dos sistemas de saúde e melhores resultados para os pacientes, incrementando a cobertura universal de saúde e a relação custo-benefício para a sociedade¹⁵.

Em sentido amplo, a regulação das profissões de saúde consiste em criar políticas e requisitos de admissão aos diferentes cursos profissionais, definindo e regulando os padrões educativos mediante o monitoramento das qualificações e expertise dos docentes, infraestrutura das instituições de ensino, manutenção de registros, atualizações contínuas e avaliações regulares das qualificações dos profissionais, bem como monitoramento das práticas integrativas e complementares de saúde, investigando e resolvendo problemas em relação à conduta, saúde ou desempenho dos profissionais registrados.

Os mecanismos de regulação não devem ser complicados para não prejudicar a agilidade dentro dos sistemas de saúde, que devem ser flexíveis para atender às diversas necessidades de serviços médicos¹⁶. A lassidão nessas normas debilita os sistemas de saúde afetando o progresso para a cobertura universal de saúde, bem como aumenta os riscos para a vida dos pacientes e os eventos adversos. A estrutura regulatória deve estar livre da imposição de cargas financeiras e administrativas desnecessárias e deve ser flexível para responder às demandas em constante mudança dos sistemas de saúde¹⁷.

O atendimento médico na Índia é oferecido por distintos quadros, que combinam habilidades científicas, tradicionais e diversas outras e, em uma variedade de sistemas médicos, tanto no setor público quanto no privado. A Tabela 1 descreve as várias equipes de saúde e as graduações que são outorgadas por cada organismo normativo, quando um deles existe.

III. Situação da regulação das profissões de saúde na Índia

A Índia diversificou seus quadros de profissões de saúde, como evidenciado na Tabela 1, mas até agora apenas cinco categorias profissionais têm organismos normativos para médicos, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos. Atualmente, as abrangentes categorias de paramédicos, técnicos de laboratório, eletrocardiografia,

¹⁴HARDING, A.; PREKER, A. (Eds.). op. cit. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Regulatory policy and the road to sustainable growth*. Paris: OECD, 2010. Disponível em: <<https://www.oecd.org/regreform/policyconference/46270065.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2018.

¹⁵HARDING, A.; PREKER, A. (Eds.). op. cit.

¹⁶ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *OECD best practice principles for regulatory policy: the governance of regulators*. Paris: OECD, 2014.

¹⁷Id. *Ibid.*

Tabela 1. Os vários quadros profissionais de saúde na Índia e suas regulações

Quadro profissional	Organismo normativo	Comentários
Médicos alopatas: com graduação mínima de bacharel em medicina ou bacharel em cirurgia, com ou sem pós-graduação, como as especializações em medicina e cirurgia e os diplomas nacionais, e graduações superiores como doutor em medicina e máster em cirurgia.	Conselho Médico da Índia	Todos os institutos de medicina <i>All India</i> (AIIMS, sigla em inglês para <i>Institute of Medical Sciences</i>) e a comissão nacional examinadora funcionam independentemente do MCI.
Médicos AYUSH: praticantes de <i>ayurveda</i> , <i>yoga</i> , <i>unani</i> , <i>sidha</i> , <i>sowa rigpa</i> , homeopatia entre outros sistemas médicos. Este grupo possui uma graduação mínima de bacharel ou pós-graduação em um dos sistemas tradicionais de medicina acima.	Conselho Central de Medicina da Índia ou Conselho Central de Homeopatia	
Odontologistas: graduação mínima de bacharel em ciências e/ou especialista	Conselho de Odontologia da Índia	
Enfermeiras: incluem auxiliar de enfermagem e parteiras. Este grupo recebe um diploma: (i) após dois anos, como auxiliar de enfermagem e auxiliar de obstetrícia; (ii) após três anos e meio, em enfermagem geral e obstetrícia; (iii), após quatro anos, bacharelado; e (iv) dois ou três anos de curso de pós-graduação em programas MSc/ MPhil e PhD.	Conselho de Enfermagem da Índia	
Farmacêuticos: com diploma, bacharelado ou máster em farmácia.	Conselho de Farmacêutico da Índia	
Fisioterapeuta	Conselho Central de Profissionais de Saúde e Afins (proposto)	Seriam membros do conselho proposto: fisioterapeutas, nutricionistas, especialistas em radiologia e mais de 50 outros profissionais de saúde relacionados. O conselho determinaria os padrões para a educação e prática destes profissionais.
Técnicos tais como técnico de laboratório, técnico de eletrocardiografia, técnico de eletroencefalografia, técnico de odontologia e técnico de audiometria	Nenhum	Podem fazer parte do conselho proposto acima.
Radiologista	Nenhum	Podem fazer parte do conselho proposto acima.
Nutricionista	Nenhum	
Auxiliar de Odontologia	Nenhum	

Continua

Continuação

Quadro profissional	Organismo normativo	Comentários
Auxiliar de Oftalmologia	Nenhum	
Trabalhadores comunitários de saúde: inclui assistentes e educadores de saúde.	Nenhum	As funções básicas do assistente de saúde são assistir, supervisionar e monitorar as atividades dos trabalhadores de saúde sob a sua supervisão no campo, enquanto que os educadores de saúde fornecem informação, educação e comunicação à comunidade.
Ativistas de Saúde Social Credenciados (ASHAs): estabelecidos sob a Missão Nacional de Saúde Rural, tratam-se de mulheres voluntárias, selecionadas nas aldeias e pagas com incentivos pelos serviços prestados. Elas são o primeiro contato entre a comunidade e o sistema público de saúde.	Nenhum	
Praticantes médicos registrados: este grupo consiste de praticantes sem qualificação nem treinamento médico formal.	Nenhum	
Curandeiros tradicionais: pessoa que utiliza métodos criados há tempos e passados adiante de um curandeiro para outro, como misticismo, cânticos, para tratar quem sofre de várias doenças, muitas das quais tem fundo psicológico.	Nenhum	

Fontes: Conselho Médico da Índia; Conselho de Odontologia da Índia; Conselho de Enfermagem da Índia; Conselho Farmacêutico da Índia; Conselho Central de Medicina Indiana.

Elaborada pelo autor.

eletroencefalografia, radiologistas etc. não estão sob nenhuma regulação formal para sua educação e conduta profissional.

Essas categorias de profissionais são formadas por instituições sem um conjunto de padrões para infraestrutura ou para o corpo docente, afetando a qualidade do atendimento. Outra grande categoria de “praticantes informais” amplamente disseminada por todo o país, particularmente em áreas rurais e no interior, sem qualificações profissionais oficiais, continuam atendendo milhões de pessoas impunemente. Estes praticantes normalmente trabalham como “praticantes médicos rurais (RMP, sigla em inglês para *registered medical practitioners*)” para aparentar algum tipo de autorização vinda de uma organização governamental, embora não exista tal mecanismo oficial.

Assim, na Índia existem mais profissionais de saúde sem regulação do que registrados, afetando a qualidade do atendimento e também arriscando as vidas de

milhões de pessoas^{18,19}. Ainda, os registros do conselho não estão ativos e, em sua maioria, não são atualizados no que tange a mortes, migração (dentro da Índia ou para o exterior), pessoas aposentadas e trabalhadores inativos. Isto leva à inflação e à duplicação do número real. A informação sobre a força de trabalho não está sendo sistematicamente colhida e analisada, exceto para os médicos alopatas. Assim, a regulação das habilidades e expertise dos profissionais de saúde, depois do registro, é quase inexistente, diferente do que acontece em outros países como Estados Unidos, Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, onde os profissionais são submetidos a avaliações regulares. Em alguns dos conselhos médicos estaduais, especialmente em Délhi, Maharashtra e outras grandes cidades, os registros são emitidos unicamente por um período de tempo estipulado (normalmente cinco anos) e depois disso eles devem ser renovados. Como isto é apenas um procedimento administrativo não é essencialmente uma revalidação.

A regulação das profissões médicas na Índia é feita por meio de políticas governamentais, tanto do governo central como dos estaduais, e é válida para médicos, odontologistas, enfermeiros e paramédicos. Tais políticas contam com o respaldo legal dos poderes executivos, os quais, por sua vez, contam com a aprovação do parlamento e das assembleias legislativas, e atuam como referências para a implementação de padrões normativos. Diferentes agências regulatórias estão em formação, com suporte estatutário para as diferentes categorias de profissionais de saúde, considerando os diversos corpos representativos: Conselho Médico da Índia, para os médicos; Conselho Odontológico da Índia; Conselho de Enfermagem da Índia; Conselho Central de Medicina Indiana; e Conselho Homeopático da Índia. Esses organismos normativos têm um funcionamento próprio para garantir padrões de qualidade para os profissionais de saúde.

1. Conselho Médico da Índia

O Conselho Médico da Índia é o organismo regulador da medicina alopática estabelecido pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, sob a Lei do Conselho Médico da Índia de 1933, que foi emendada várias vezes e modificada em 1964, 1993 e 2001. A maior incumbência deste conselho é a de estabelecer padrões uniformes e regular a educação médica em todos os níveis como bacharelado, pós-graduação, até os mais altos níveis de especialização. O conselho ainda é responsável por reconhecer as qualificações médicas da Índia e do exterior para médicos alopatas.

¹⁸MAY, C.; ROTH, K.; PANDA, P. Non-degree allopathic practitioners as first contact points for acute illness episodes: insights from a qualitative study in rural northern India. *BMC Health Serv Res*, n. 14:182, Apr. 2004. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-182>>. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-182>.

¹⁹SHARMA, C.; MUKHERJEE, K. Maternal healthcare providers in Uttar Pradesh, India; How to position informal practitioners within the system? *J Family Reprod Health*, v. 8, n. 4, p. 183-188, Dec. 2014.

Todas as medidas e ações formuladas por este órgão são aplicáveis às instituições médicas, de todos os níveis de ensino, público ou privado, do governo central ou das administrações estaduais. No entanto, instituições como o Instituto *All India* de Ciências Médicas e a Comissão Examinadora Nacional são exceções e funcionam sob suas próprias regras e regulamentos.

Para assegurar a qualidade da educação médica, o Conselho Médico da Índia estabeleceu os seguintes objetivos: (i) manutenção de padrões uniformes de educação médica, nos níveis bacharelado e pós-graduação; (ii) recomendação da habilitação/inabilitação de qualificações médicas de instituições da Índia e de outros países; (iii) registro permanente ou provisório de médicos com qualificações médicas reconhecidas; (iv) reciprocidade com outros países no tema do reconhecimento de qualificações médicas; (v) testes de seleção para indianos nativos que são graduados de instituições médicas estrangeiras (vi) manutenção do Registro Médico Indiano (vii) emissão de atestados de idoneidade; (viii) acreditação de escolas médicas; (ix) manutenção da base de dados do corpo docente; e (x) garantia da ética médica e da disciplina entre médicos.

1.1. Manutenção de padrões uniformes de educação médica nos níveis de bacharelado e pós-graduação

O Conselho Médico da Índia é responsável por elaborar o currículo para os vários cursos de bacharelado e de pós-graduação, que deve ser implantado por todas as universidades médicas dentro do seu âmbito. O currículo do bacharelado em medicina está orientado a treinar estudantes para assumir as responsabilidades destinadas ao médico que tem o primeiro contato com a população, para que ele seja capaz de cuidar dos aspectos terapêuticos, preventivos, de promoção da saúde e de reabilitação. O currículo engloba diferentes métodos de aprendizado, como palestras e relatos de experiências práticas, como as de campo, e treinamento durante as fases de estágio em um período definido para cada componente do curso. A ênfase não está apenas em doenças e hospitais, como também na saúde geral e na comunidade. Vários comitês são formados sempre que deve ser feita uma revisão do currículo. As universidades realizam um processo de avaliação dos alunos, com provas teóricas e práticas, incluindo a designação de examinadores internos e externos, seguindo estritamente as diretrizes do conselho, e cada instituição médica deve estar afiliada a uma universidade reconhecida para poder outorgar certificados de graduação.

1.2. Recomendação para a habilitação/inabilitação de qualificações de instituições médicas da Índia ou de outros países

O Conselho Médico da Índia conta com um sistema com padrões pré-definidos de quantidade, qualificação, experiência etc., para monitorar regularmente a qualidade dos profissionais dos institutos médicos, docentes e não docentes,

incluindo ainda a avaliação da infraestrutura física de cada departamento, as características do espaço, os equipamentos, e a inclusão de hospital de terceiro nível nas mesmas instalações.

As universidades/institutos médicos devem compartilhar informações com o conselho regularmente, seguindo formatos pré-estabelecidos, com foco nas instalações, quantidade e tipos de docentes, incluindo a proporção aluno/professor, laboratório, instalações do hospital etc. Também devem disponibilizar esses dados, obrigatoriamente, no seu website, de forma acessível para o público. A partir de parâmetros como esses, decide-se o status de reconhecimento; qualquer instituto que não cumprir com eles estará sujeito a perder a habilitação.

Adicionalmente, o conselho mantém um grupo de “inspetores médicos”, membros sêniores selecionados do corpo docente de várias universidades médicas, que realizam visitas aleatórias às instituições para checagens surpresa, a fim de determinar a veracidade das informações compartilhadas. Os inspetores também são responsáveis por avaliar se novos institutos médicos podem iniciar novos cursos, por meio de uma série de critérios, que são públicos e estão disponíveis no website do conselho, como, por exemplo, requisitos para criar uma nova universidade médica com 50 até 250 vagas.

Todas as universidades médicas são também visitadas a cada três ou cinco anos para verificação física dos padrões, renovação da habilitação e também antes de começar um novo curso e/ou aumentar o número de vagas. O conselho também tem a responsabilidade de decidir as qualificações outorgadas por outros países com base no currículo nacional, normas e outros padrões equivalentes aos aceitos na Índia.

1.3. Registro de qualificações

Foi confiado ao Conselho Médico da Índia e as suas diversas subsidiárias estaduais o registro das qualificações médicas individuais para garantir que só médicos alopatas qualificados possam exercer a profissão. Após completar o conteúdo teórico, a graduação em medicina inclui um ano de estágio obrigatório e, somente após o fim do estágio, emite-se um registro provisório.

Um único número de registro é emitido para a prática da medicina e para as outras atividades, como dar aula nas universidades médicas. Este registro é obrigatório após cada qualificação e é permanente, exceto em certos estados como Délhi e Maharastra onde deve ser renovado a cada cinco anos, embora seja um requisito apenas administrativo, pois a revalidação é como a praticada no Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia etc. De acordo com o código de ética, os médicos somente podem trabalhar e se tornar docentes segundo a qualificação e especialidade registradas. Bacharéis em medicina e cirurgia só podem trabalhar na clínica geral. Informações sobre o registro de cada médico estão disponíveis no website do conselho. A violação dessas normas está sujeita a penalidades por parte do conselho e da justiça.

1.4. Reciprocidade com outros países no tema do reconhecimento de qualificações médicas

De acordo com cada país, como, por exemplo, Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Reino Unido, tomam-se providências específicas para o reconhecimento das qualificações nível a nível, levando em consideração a reciprocidade, sua solidez e credibilidade.

1.5. Teste de seleção para graduados de instituições médicas estrangeiras

Os conselhos médicos estaduais e/ou o Conselho Médico da Índia podem registrar um estudante indiano, com qualificações médicas do estrangeiro, somente depois sua aprovação na Prova para Graduados em Medicina no Exterior, exame conduzido pela Comissão Nacional Examinadora, sob o MINISTÉRIO DA SAÚDE. No entanto, segundo a seção 13(4A) da Lei do Conselho Médico da Índia de 1956, emendada em 2002, qualquer pessoa que quiser um registro provisório ou permanente não precisa passar pela prova de seleção, se possuir um bacharelado em medicina da Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido ou Estados Unidos, e também uma qualificação de pós-graduação em medicina ou que tenha sido reconhecido para recrutamento como médico nesses países.

1.6. Manutenção do Registro Médico Indiano

Uma das estratégias importantes para regulação das profissões de saúde, o Registro Médico Indiano está disponível no website do Conselho Médico e apresenta informações como nome, data de nascimento, qualificações e o ano de graduação. Outro dado disponível mostra detalhes do corpo docente das universidades e especialidades, pois os docentes somente podem lecionar em um instituto médico em particular. No website também é possível checar a relação de médicos que cometeram alguma violação de conduta e foram proibidos de praticar a medicina.

1.7. Emissão de atestado de idoneidade

Este atestado é emitido pelo Conselho e é válido por seis meses somente. Sua emissão tem como base a conduta passada do profissional médico. O atestado é usado para monitorar a ética profissional de membros registrados.

1.8. Acreditação de universidades médicas

Manter sob controle a infraestrutura das universidades médicas de acordo com as normas estabelecidas é crucial para manter os padrões educacionais e a qualidade dos profissionais de saúde. Os inspetores médicos são os responsáveis

pela avaliação dos profissionais do corpo docente e não docente, dos equipamentos, infraestrutura física, instalações de laboratório, infraestrutura do hospital anexo etc.

1.9. Manutenção da base de dados do corpo docente

A base de dados do corpo docente é uma relação dos membros do corpo docente ligados a uma universidade específica para uma disciplina específica e está disponível no website do conselho. Assim, um membro do corpo docente em particular está autorizado a ensinar em período integral uma disciplina condizente com a sua qualificação de pós-graduação registrada e sua experiência, apenas em uma universidade médica, para assegurar a qualidade do ensino médico.

2. Conselho de Odontologia da Índia

O Conselho de Odontologia da Índia é um organismo estatutário constituído em 12 de abril de 1949 sob lei do parlamento, a Lei dos Odontologistas de 1948 (XVI de 1948), emendada para restringir a proliferação de universidades de odontologia e o aumento do número de vagas nos cursos. Além disso, ela prevê a criação de novos cursos superiores somente após a permissão prévia do MINISTÉRIO DA SAÚDE.

O conselho é financiado principalmente por fundos do Governo da Índia, via MINISTÉRIO DA SAÚDE. Suas outras fontes de renda são parte das tarifas anuais pagas pelos conselhos odontológicos estaduais, de acordo com a seção 53 da Lei dos Odontologistas; tarifas de inspeção das várias instituições de odontologia, cobradas segundo a seção 5 da mesma lei; e tarifas pagas à organização por autorizações para a instalação de novas universidades de odontologia, abertura de novos cursos superiores e o incremento da capacidade de admissão nas universidades, segundo a seção 10A da lei, conforme emendado pela emenda da Lei dos Odontologistas de 1993.

Para fins de manutenção da uniformidade dos padrões de ensino de odontologia – tanto nos níveis de graduação como de pós-graduação – o conselho realiza: (i) inspeções/visitas a universidades de odontologia a fim de autorizar seu funcionamento, aumentar o número de vagas, iniciar novos cursos de pós-graduação; (ii) prescrição dos padrões de provas e outros requisitos a serem cumpridos para manter o reconhecimento de qualificações; e (iii) prescrição de padrões curriculares para o treinamento de odontologistas, higienistas dentais, protéticos e as condições para tal treinamento.

Essas exigências são alcançadas com a uniformidade dos padrões curriculares relativos a requisitos técnicos e clínicos e padrões de provas; com a afiliação de cada escola de odontologia a uma universidade e com a supervisão de cada instituição odontológica para assegurar a manutenção dos padrões e regulações prescritos de odontologia profissional.

2.1. Funções

O Conselho de Odontologia da Índia é composto por seis circunscrições que representam o governo central, os governos estaduais, as universidades e escolas de odontologia, o Conselho Médico da Índia e os odontologistas privados. O diretor geral de Serviços de Saúde é membro *ex-officio* – tanto do Comitê Executivo, como do Conselho Geral. O conselho nomeia internamente o presidente, o vice-presidente e os membros do comitê executivo.

O presidente e vice-presidente eleitos são o presidente e vice-presidente *ex-officio* do Comitê Executivo, o corpo diretivo dessa organização, que lida com todos os assuntos processuais, financeiros e atividades diárias. O funcionamento do Conselho Odontológico é muito similar ao do Conselho Médico, com o objetivo de garantir padrões profissionais para a saúde dental no país.

3. Conselho de Enfermagem da Índia

O Conselho de Enfermagem da Índia, constituído pelo governo central, de acordo com a seção 3(1) da Lei do Conselho de Enfermagem da Índia de 1947, elaborada pelo parlamento, é um organismo autônomo do MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Seus objetivos e funções básicas são: (i) inspecionar as instituições, estabelecer e monitorar um padrão uniforme de ensino de enfermagem para enfermeiras parteiras, auxiliares de enfermagem obstétrica e equipes de visita de saúde; (ii) reconhecer as qualificações constantes da seção 10(2) (4) da lei para fins de registro e recrutamento na Índia e no exterior; (iii) aprovar o registro de enfermeiros indianos e estrangeiros que possuam qualificação no exterior, segundo a seção 11(2)(a) da lei; (iv) prescrever o currículo e as regulações para os programas de enfermagem; (v) retirar o reconhecimento de qualificações, sob seção 14 da lei, de qualquer instituição que não mantenha os padrões estabelecidos e reconhecidos pelos conselhos estaduais para treinamento de enfermeiras, parteiras, auxiliar de enfermagem obstétrica ou equipes de visita de saúde; (vi) dar suporte aos conselhos estaduais, comissões examinadoras, governos estaduais e governo central em vários assuntos importantes relativos ao ensino de enfermagem no país.

Cada programa de ensino, objetivos, critérios de elegibilidade, requisitos de infraestrutura das escolas e competências que os alunos devem atingir no fim do curso são definidos pelo conselho e publicados para imediata referência e interpretação estatutária.

3.1. Funções

O Conselho de Enfermagem da Índia, comandado por um presidente, com o suporte de um vice-presidente, secretário, secretário assistente e equipe

técnica temo como funções deliberar sobre assuntos relacionados à manutenção dos padrões dos programas de enfermagem em todo o país. O conselho conta com organismos como o Comitê de Ensino de Enfermagem, que se ocupa, principalmente, do ensino de enfermagem e das políticas relacionadas, e o Comitê de Equivalências, que delibera sobre assuntos de reconhecimento de qualificações estrangeiras, essencial para fins de registro.

IV. Regulação dos profissionais de saúde AYUSH

AYUSH é a denominação usada para as práticas integrativas de saúde ou diferentes sistemas de medicina.

- (e) *Ayurveda*: sistema tradicional da Índia. Trata-se de uma forma de medicina alternativa, que procura cuidar integralmente do corpo, da mente e do espírito, usando uma abordagem holística dando ênfase especial à dieta, medicamentos ervais, exercício, meditação, respiração e terapia física.
- (f) *Yoga*: disciplina para melhorar ou desenvolver o poder inerente de cada um de uma forma equilibrada. Oferece os meios para conseguir a completa autorrealização. O significado literal da palavra yoga em sânscrito é “Yoke”. A *yoga* então pode ser definida como um meio de unir o espírito individual com o espírito universal de Deus.
- (g) Naturopatia: arte e ciência do viver saudável, um sistema de cura que não usa drogas e está baseado em filosofia bem fundamentada.
- (h) *Unani*: o sistema *unani* originou-se na Grécia, tendo seus fundamentos estabelecidos por Hipócrates. O sistema deve sua atual forma aos árabes que não apenas salvaram grande parte da literatura grega, traduzindo-a ao arábico, como enriqueceram a medicina de seus dias com as suas próprias contribuições. Nesse processo fizeram uso extensivo de ciências como física, química, botânica, anatomia, fisiologia, patologia, terapêutica e cirurgia.
- (i) *Siddha*: um dos mais antigos sistemas de medicina da Índia. O termo *siddha* significa realização ou conquista. Os *siddhars* eram pessoas santificadas que conseguiam resultados na medicina e conta-se que 18 deles contribuíram para o desenvolvimento deste sistema médico. O sistema *siddha* tem ampla natureza terapêutica.
- (j) Homeopatia; sistema de medicina alternativa, com base na doutrina de “curas semelhantes”, segundo a qual, uma substância que causa os sintomas de uma doença em pessoas saudáveis cura sintomas semelhantes em pessoas doentes.
- (k) *Sowa Rigpa*: comumente conhecido como o sistema tibetano de medicina, este é uma das mais antigas, vivas e bem documentadas tradições médicas do mundo. Originou-se no Tibete e é popularmente praticado na Índia, no Nepal, no Butão,

na Mongólia e na Rússia. A maior parte da teoria e da prática do *sowa rigpa* é similar ao *ayurveda*.

O Departamento de Sistemas Indianos de Medicina e Homeopatia foi criado em março de 1995 e renomeado Departamento de *Ayurveda*, *Yoga* & Naturopatia, *Unani*, *Siddha* e Homeopatia (AYUSH) em novembro de 2003, com o objetivo de proporcionar atenção focada no desenvolvimento do ensino e pesquisa destes sistemas tradicionais de medicina. O departamento trabalha para o aperfeiçoamento dos padrões educacionais, controle de qualidade, padronização de medicamentos AYUSH, melhorando a disponibilidade de plantas medicinais, pesquisa e desenvolvimento, e promovendo a conscientização sobre a eficácia destes sistemas internamente e no estrangeiro.

Várias estratégias foram criadas para conseguir melhorar a regulação das profissões de saúde AYUSH, tais como: (i) atualizar os padrões de ensino das universidades; (ii) assegurar a disponibilidade de ensino e treinamento de qualidade para médicos, cientistas e professores; (iii) assegurar a disponibilidade de educação e treinamento de qualidade nas áreas paramédica, de farmácia e enfermagem; (iv) proporcionar oportunidades de educação AYUSH de qualidade em todo o país; (v) empoderar os profissionais AYUSH; e (vi) promover a capacidade de criação de instituições, centros de excelência, institutos nacionais etc.

1. Conselho Central de Medicina Indiana (CCIM)

Organismo estatutário do Departamento de AYUSH, o Conselho Central de Medicina Indiana é o principal responsável por regulamentar o ensino e a força de trabalho AYUSH no país. Constituído sob a Lei do Conselho Central de Medicina Indiana de 1970, tem os seguintes objetivos: (i) prescrever os padrões mínimos de ensino AYUSH; (ii) aconselhar o governo central em assuntos relacionados ao reconhecimento (habilitação/inabilitação) de qualificações médicas; (iii) manter um Registro Central de Medicina Indiana e revisá-lo frequentemente para a prescrição de padrões de conduta, etiqueta e código de ética a serem observados pelos profissionais; (iv) analisar e disponibilizar recomendações para o governo sobre propostas recebidas para o estabelecimento de novas universidades AYUSH; (v) aumentar a capacidade de admissão para os cursos de bacharelado, pós-graduação e cursos técnicos (diploma) e iniciar novos cursos de pós-graduação e disciplinas adicionais.

A preparação e manutenção de um Registro Central de Medicina Indiana é um dos principais objetivos deste conselho. O registro contém nomes de pessoas inscritas em qualquer um dos registros estaduais de medicina indiana e que possuem qualquer uma das qualificações médicas reconhecidas, incluídas nas listas da lei de

criação do conselho de 1970. A manutenção e atualização deste registro central é um processo contínuo.

Desde seu estabelecimento, em 1971, o conselho central vem estruturando e implementando várias regulamentações incluindo os currículos e programas de estudos AYUSH, nos níveis de graduação e pós-graduação, considerando que após completar o aprendizado, os alunos irão se tornar pesquisadores com uma base sólida e com profundos conhecimentos científicos dos fundamentos dos sistemas AYUSH.

V. Conselho Farmacêutico da Índia

O ensino de farmácia e a profissão farmacêutica na Índia, até o bacharelado, estão regulamentados pelo Conselho Farmacêutico da Índia, organismo estatutário governado pelas provisões da Lei de Farmácia de 1948, promulgada pelo parlamento com o objetivo de regulamentar o ensino de farmácia no país, providenciando o registro para farmacêuticos sob a Lei de Farmácia e de Profissão e Prática de Farmácia.

Para manter os padrões e impor as regras da lei, o conselho realiza várias tarefas, como: (i) prescrever os padrões mínimos de formação requeridos para obter a qualificação de farmacêutico; (ii) estabelecer as regulações que prescrevem requisitos a cumprir pelas instituições que buscam a aprovação do conselho para o ensino em farmácia; (iii) garantir a implantação uniforme de padrões educacionais em todo o país e de inspeção de instituições farmacêuticas, de acordo com Lei de Farmácia, verificando o cumprimento das normas prescritas; (iv) aprovar os cursos e as provas para farmacêuticos e aprovar as instituições de treinamento para os cursos de farmácia; (v) reprovando os cursos e provas que não estão em conformidade com os padrões educacionais definidos; (vi) aprovar as qualificações outorgadas fora dos territórios abrangidos pela Lei de Farmácia e as qualificações no estrangeiro; e (vii) manter um Registro Central de Farmacêuticos.

VI. Profissões de saúde não reguladas

Como fica evidente na Tabela 1, a numerosa força de trabalho na Índia composta por profissionais de saúde como fisioterapeutas, paramédicos, trabalhadores de saúde na linha de frente e praticantes de medicina sem qualificação, não possui um organismo normativo como os descritos para médicos, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos.

Os praticantes de medicina sem qualificação são tratados pela lei como ilegais, mas devido à escassez de infraestrutura de monitoramento e a sua presença em áreas rurais, não é possível impedi-los de praticar, tampouco prevenir o risco às vidas das pessoas que procuram atendimento com eles. Esses profissionais não

regulamentados são o maior número de prestadores de serviços de saúde no país, muito maior do que os médicos qualificados e registrados²⁰.

As outras categorias mencionadas não têm organismos normativos, mas podem ser elegíveis para trabalhar depois de passar por um treinamento mínimo prescrito; porém, a imposição dessa regra é quase inexistente. No entanto, para trabalhar em instalações de saúde governamentais, essas categorias de profissionais precisam ter um mínimo de qualificação e experiência. Nesses casos, o recrutamento é feito após uma combinação de entrevista presencial e/ou prova escrita.

Considerações finais

Até o presente momento, a Índia conta com organismos formais para a regulação das forças de trabalho de médicos, enfermeiros, odontologistas e farmacêuticos. São instituições estatutárias e, assim, podem aplicar sanções legais para implementar suas disposições, sendo o Conselho Médico da Índia o maior deles, responsável por regulamentar o trabalho dos médicos alopatas.

Os organismos de regulação das profissões de saúde ainda têm desafios a enfrentar, como o problema da manutenção dos registros de membros, que não são regularmente atualizados com as mudanças devidas a mortes, migração, aposentadoria entre outras razões.

Outro problema considerável é a falta de avaliação regular e permanente das habilidades e qualificações dos profissionais, que afeta a atualização das competências depois de conseguido o registro. Porém, recentemente, o parlamento estuda uma lei da Comissão Médica Nacional (NMC Bill 2017)²¹ que pretende resolver esta lacuna, particularmente em relação aos médicos alopatas.

As diferenças de padrões educativos em todo o país e as provisões existentes demandam uma grande reestruturação para uniformizar vários itens necessários. Para lidar com a grande variação da educação médica nos diversos estados, nos setores público e privado, a legislação em estudo no parlamento – NMC Bill 2017 – sugere a criação da Prova Nacional de Licenciatura Médica, aplicada antes de se registrar os médicos alopatas e profissionais de outros campos da saúde como os médicos AYUSH, odontologistas e enfermeiros.

Os conselhos são autônomos nas funções do dia a dia, podendo deliberar estritamente dentro do mandato que lhes foi outorgado. Mudanças no nível das

²⁰ANAND, S.; FAN, V. *The health workforce in India*. Human resources for Health Observer Series No. 16. Geneva: WHO, 2016 Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/16058health_workforce_India.pdf>. Acesso em: 26 out. 2018.

²¹INDIA. Ministry of Health & Family Welfare. *FAQs on National Medical Commission Bill, 2017*. Disponível em: <<https://mohfw.gov.in/newshighlights/faqs-national-medical-commission-bill-2017>>. Acesso em: 27 maio 2018.

políticas públicas – para garantir a regulação adequada das profissões de saúde e para criar leis e regras no melhor interesse da população – somente podem ser efetivadas pelo parlamento indiano e pelo governo central. É importante salientar que a licença de um profissional de saúde está sujeita a cancelamento, com investigação da justiça e punição caso seja comprovado que o profissional violou as normas de seu conselho.

Há um movimento para reunir, sob algum tipo de regulação, as profissões como fisioterapeuta, técnico de laboratório, radiologista e mais de 50 categorias, estabelecendo um conselho separado chamado Conselho Central de Profissionais da Saúde e Afins. Muitas das profissões mencionadas na Tabela 1 carecem de uma estrutura formal de regulação e essas categorias de trabalhadores de saúde continuam a proliferar dessa forma, afetando a qualidade dos serviços de saúde e ainda pondo em risco as vidas de milhões de cidadãos como o fazem os profissionais não regulados e os curandeiros tradicionais.

Surpreendentemente, para essas categorias de praticantes, não há um sistema de monitoramento e nem planos para elaborá-lo. Um país em desenvolvimento como a Índia sofre pela ausência de informação confiável e de fácil acesso em relação aos profissionais de saúde, afetando o trabalho dos planejadores e pesquisadores da área. A situação torna-se ainda pior quando milhões de profissionais de saúde não têm nenhum mecanismo de registro.

A implementação das mudanças necessárias requer o estabelecimento formal de órgãos estatutários, como os que existem para médicos e enfermeiros, e a manutenção de registros para todas as categorias de trabalhadores. Outra mudança importante e necessária é a disponibilização de informação sobre a força de trabalho registrada até as mais mínimas divisões administrativas possíveis e não apenas no nível estadual como é feito hoje. A informação no nível distrital, até as camadas mais profundas, irá ajudar tremendamente o planejamento de serviços de saúde adequados e a conquista da cobertura universal de saúde.

Referências

ANAND, S.; BÄRNIGHAUSEN, T. Health workers at the core of the health system: framework and research issues. *Health Policy*, v. 105, n. 2-3, p. 185-191, May 2012. 10.1016/j.healthpol.2011.10.012.

_____; FAN, V. *The health workforce in India*. Human resources for Health Observer Series No. 16. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/16058health_workforce_India.pdf>. Acesso em: 26 out. 2018.

DOKE, P.P. Decline and disparity in maternal mortality in pre- and post-national health mission period in India. *Indian J Public Health*, v. 60, n. 4, p. 294-297, Oct./Dec. 2016. Disponível em: <http://www.ijph.in/temp/IndianJPublicHealth604294-7138633_194946.pdf>. 10.4103/0019-557X.195857.

HARDING, A.; PREKER, A. (Eds.). *Private participation in health services*. Washington (DC): World Bank; 2003.

HILL, T.E.; MARTELLI, P.F.; KUO, J.H. A case for revisiting peer review: Implications for professional self-regulation and quality improvement. *PLoS One*, v. 13, n. 6, June 28, 2018. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0199961>>. 10.1371/journal.pone.0199961.

INDIA. Governance & Administration. Disponível em: <<https://www.india.gov.in/topics/governance-administration>>. Acesso em: 17 maio 2018.

_____. Ministry of Health & Family Welfare. *FAQs on National Medical Commission Bill, 2017*. Disponível em: <<https://mohfw.gov.in/newshighlights/faqs-national-medical-commission-bill-2017>>. Acesso em: 27 maio 2018.

_____. Ministry of Health & Family Welfare. *Indian Public Health Standards*. Disponível em: <<http://nhm.gov.in/nhm/nrhm/guidelines/indian-public-health-standards.html>>. Acesso em: 17 maio 2018.

_____. Ministry of Home Affairs. *Census of India 2011*. Rural urban distribution of population. Disponível em: <http://censusindia.gov.in/2011-prov-results/paper2/data_files/india/Rural_Urban_2011.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

MAY, C.; ROTH, K.; PANDA, P. Non-degree allopathic practitioners as first contact points for acute illness episodes: insights from a qualitative study in rural northern India. *BMC Health Serv Res*, n. 14:182, Apr. 2004. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-182>>. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-182>.

MOHANTY, S.K.; KASTOR, A. Out-of-pocket expenditure and catastrophic health spending on maternal care in public and private health centres in India: a comparative study of pre and post national health mission period. *Health Econ Rev*, v. 18, n. 7, p. 31. Sept. 2017. 10.1186/s13561-017-0167-1.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *OECD best practice principles for regulatory policy: the governance of regulators*. Paris: OECD, 2014. Acesso em: 26 out. 2018.

_____. *Regulatory policy and the road to sustainable growth*. Paris: OECD, 2010. Disponível em: <<https://www.oecd.org/regreform/policyconference/46270065.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2018.

RAO, M.; RAO, K.D.; SHIVA KUMAR, A.K.; CHATTERJEE, M.; SUNDARARAMAN, T. Human resources for health in India. *Lancet*, v. 377, n. 9765, p. 587-598, Jan. 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61888-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61888-0).

SHARMA, C.; MUKHERJEE, K. Maternal healthcare providers in Uttar Pradesh, India; How to position informal practitioners within the system? *J Family Reprod Health*, v. 8, n. 4, p. 183-188, Dec. 2014.

SHEIKH, K.; SALIGRAM, P.S.; HORT, K. What explains regulatory failure? Analysing the architecture of health care regulation in two Indian states. *Health Policy Plan*, v. 30, n. 1, p. 39-55, Feb. 2015. 10.1093/heapol/czt095.

TANGCHAROENSATHIEN, V.; LIMWATTANANON, S.; SUPHANCHAIMAT, R.; PATCHARANARUMOL, W.; SAWAENGDEE, K.; PUTTHASRI, W. Health workforce contributions to health system development: a platform for universal health coverage. *Bull World Health Organ*, v. 91, n. 11, p. 874-880, Nov. 2013. 10.2471/BLT.13.120774.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

_____. Key components of a well functioning health system. WHO, May 2010. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1>. Acesso em: 11 maio 2018.

Dharmesh K. Lal – Graduado pelo Conselho Nacional; pós-graduado em Medicina; bacharel em Medicina e Cirurgia. Especialista nacional em Capacitação e Garantia da Qualidade da Fundação Nacional de Saúde da Índia (*Public Health Foundation of India*). Nova Délhi, Índia. *E-mail*: dharmesh.lal@phfi.org