

Réplica

Reply

Respuesta

As observações dos debatedores se somam ao esforço empreendido por este grupo de autores implicados com a crítica e aprimoramento da política em análise, esforço do qual faz parte tanto o seminário internacional que motivou o artigo quanto o próprio.

Em linhas gerais, todos os debatedores reconheceram as questões sociais que justificaram a criação do Programa Mais Médicos (PMM), notadamente a falta e a má distribuição de médicos e a inadequada formação desses profissionais (qualitativamente e quantitativamente) para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Entendem o PMM como importante para enfrentar estas questões e analisam efeitos positivos do mesmo. Concordando com a maioria das observações, dado o espaço da réplica, focaremos nas observações mais críticas.

Em primeiro lugar, é necessário compreender contextualmente e globalmente o PMM. Ele é parte de um momento de priorização da Atenção Básica (AB) que, nos últimos quatro anos, teve aumento expressivo do financiamento (o orçamento federal ampliou-se em mais de 100%¹), inédito investimento de 5,6 bilhões em estrutura e ampliação e diversificação das modalidades de equipes multiprofissionais; contudo, a falta e má distribuição de médicos condicionou a expansão do acesso com qualidade a um contingente importante da população².

De outro lado, é necessário perceber o PMM como um conjunto articulado de ações de curto, médio e longo prazo. O Provimento Emergencial já garantiu a cobertura de cinquenta milhões de brasileiros e chegará a 63 milhões ainda em 2015³. Diferente de 2013 e 2014, quando os médicos com registro no Brasil ocuparam aproximadamente 10% das vagas, em 2015 ocuparam 92% das novas vagas, reduzindo consideravelmente a necessidade de médicos estrangeiros para os próximos anos. As principais dificuldades apontadas pelo Tribunal de Contas da União, decorrentes de avaliação realizada quando da implantação do programa⁴ já foram atualmente superadas⁵, com destaque para: a ampliação e qualificação da supervisão, que recebeu nota 9,3 (em escala de zero a dez) dos médicos brasileiros³; e a constatação do importante aumento do número de médicos, equipes, cobertura e consultas na AB⁵.

Outro destaque é que a Lei 12.871⁶ não prevê data para o fim do programa, e sim determina que a autorização concedida a cada profissional para o exercício da medicina sem registro no Brasil seja de três anos (prorrogável por mais três), tempo maior que o tempo médio de permanência dos médicos nas equipes de saúde da família no período anterior ao programa⁷. Esclarecido isso, é possível que, a exemplo dos EUA e Austrália, o PMM possa seguir por anos como estratégia de provimento, a cada ano com mais brasileiros e mais dirigido às áreas que, mesmo com as demais ações do programa, sigam com dificuldade de atrair médicos.

A meta fixada pelo programa deve atingir 2,7 médicos/mil habitantes em 2026, por meio da expansão de vagas de graduação em medicina, em instituições públicas e privadas, de modo que o país saia da insuficiente oferta de 0,8 vagas por dez mil habitantes e chegue a 1,34 já em 2018: com menos de dois anos de PMM já foram autorizadas 40% do total de vagas previstas; o interior passou a ter mais vagas que as capitais e as regiões norte e nordeste, com as autorizações em curso, igualar-se-ão proporcionalmente à região sudeste.

Na perspectiva apontada por Rovere⁸, o PMM reorientou a legislação de abertura de escolas de uma lógica “orientada pelo mercado” para uma lógica “orientada pela política” em que a variável mais importante passa a ser a necessidade social da região e a qualidade. Ampliou-se o acesso geográfico e também social devido à expansão de vagas públicas, potencializada pela lei das cotas, e a de vagas privadas, combinadas com o Prouni e o FIES, inclusos nas contrapartidas exigidas às novas escolas.

As novas diretrizes curriculares, a avaliação bianual de progresso e o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino Saúde são instrumentos dotados ao SUS pela lei para, junto com o MEC, dar passos importantes na qualidade dessas escolas, na proximidade da formação com o modelo de atenção e serviços do SUS, e com as necessidades mais relevantes da população, para a superação da orientação “pró-mercado” criticada por Rovere⁸ e Scheffer⁹. Vale notar que a Lei prevê instrumentos no mesmo sentido de uma reorientação e regulação estatal da formação de especialistas.

A determinação da universalização da residência médica até 2018, a definição de uma especialidade de acesso – a medicina geral de família e comunidade – e a obrigação de que a mesma aconteça nos serviços do SUS projetam mais de 16,5 mil médicos residentes na AB do SUS em 2019 e um papel progressivamente importante dessa dimensão do programa.

Visto de uma perspectiva contextual e global, o PMM não é um programa provisório: trata-se de uma política definida em Lei, com apoio à adesão crescente que almeja profundo impacto tanto na formação quanto na atuação médica no Brasil dos próximos anos. Com este olhar, muitas das sugestões feitas pelos debatedores devem se tornar tarefas agregadas a dimensões do PMM em busca de seu aperfeiçoamento.

Por fim, cabem algumas observações. Os desafios apontados por Gastão¹⁰ sobre as dificuldades da municipalização da gestão do trabalho no SUS e a importância de avançar para modelagens regionais e interfederativas do mesmo é instigante, e exigiria de nós maior espaço para fazer o bom debate que nos suscita.

O debate da cooperação Brasil-OPAS-Cuba também exigiria mais linhas do que dispomos aqui, mas ofertamos quatro considerações: a cooperação é e deve ser realizada exatamente nos termos previstos na Lei nº 12.781; é a mesma lei que garante, aos familiares de médicos cubanos do programa, os mesmos direitos no Brasil que os familiares de médicos de qualquer outra nacionalidade; o modo de relação que Cuba estabelece com a OPAS se assemelha ao estabelecido por aquele país com mais de sessenta outros em todos os continentes; é importante notar que o médico cubano é um funcionário de carreira em seu país, e que a bolsa recebida por ele é apenas um dos benefícios de que goza como funcionário de carreira em missão internacional.

Concluimos alertando que, tanto a sociologia na virada do século passado¹¹ quanto a saúde coletiva, excetuando certa versão positivista, desmontam a ilusão de separação/isenção do sujeito que pesquisa com relação ao objeto social que analisa: no estudo de uma política como o PMM, médico algum, docente de escola médica, gestor e mesmo usuário pode se declarar não afetado pelo tema, o que interferiria em sua suposta “neutralidade”. Concordamos com a perspectiva de Passos e Barros¹² e Merhy¹³, para os quais enriquece a pesquisa quando a produção de conhecimento é realizada por sujeitos implicados com ela, assumindo o lugar de sujeitos epistêmicos. Para eles e também para Santos¹¹, são necessários o reconhecimento da implicação, a promoção de ambiente público de debate e crítica e a maximização do diálogo com os diferentes atores e pontos de vista.

Referências

1. Pinto HA. Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
2. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg Saude Debate*. 2014; 51:105-20.
3. Ministério da Saúde. Balanço da terceira chamada do Ciclo 2015 do Projeto Mais Médicos para o Brasil [Internet] [acesso 2015 Abr 9]. Brasília (DF): MS; 2015. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/09/09.04-Balanco-3-chamada_brasileiros-formados-exterior.pdf
4. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 331/2015. Plenário. Relator: Ministro Benjamin Zymler. *Diário Oficial da União*. 12 Mar 2015.
5. Ministério da Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Nota Técnica nº 432/2014. Assunto: Relatório de Auditoria Operacional no Programa Mais Médicos. Brasília (DF): MS; 2014.
6. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet] [acesso 2015 Abr 9]. *Diário Oficial da União*. 23 Out 2013. Disponível em: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&d_ata=23/10/2013
7. Girardi, S. N., Carvalho, Cristiana Leite, Araújo, Jackson Freire, Farah, Jaqueline Medeiros, Wan der Maas, Lucas, Campos, Luis Antonio de. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-86.
8. Rovere M. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):565-6.
9. Scheffer M. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):567-70.
10. Gastão GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(54):571-2.
11. Santos BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
12. Passos E; Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicol Teor Pesqu*. 2000; 16(1):71-9.
13. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. v. 1, p. 21-45.

Recebido em 15/04/15. Aprovado em 26/04/15.

