

Tema Global

Pobreza e Desenvolvimento Humano

A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais

Education and specialization of health professionals and the political need to face social and regional inequalities

PALAVRAS-CHAVE:

- Condições Sociais: desigualdades;
- Desenvolvimento Humano;
- Educação Médica;
- Escolas Médicas;
- Distribuição de Médicos;

KEY-WORDS:

- Social conditions: inequalities;
- Human Development;
- Medical Education;
- Medical Schools;
- Distributional Activities;

Ricardo Burg Ceccim¹
Luiz Felipe Pinto²

RESUMO

A formação e o exercício profissional não podem seguir linhas paralelas no desenvolvimento de sistemas de saúde, eles precisam de relações orgânicas. A formação gera serviços, condições de provimento e/ou fixação de profissionais, possibilidades de equipe, desenvolvimento e avaliação de tecnologias do cuidado e da assistência, capacidade de compreensão crítica e sensibilidades. A rede de sistemas e serviços de saúde gera campos de práticas, cenários de intervenção, demandas locais, retaguarda científica e tecnológica, inclusão social e oportunidades de entendimento da vida. A partir desse encontro, pode-se falar em compromisso com o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, isto é, podem se estabelecer condições de enfrentamento dos danos da pobreza e das iniquidades sociais, produzindo conhecimento com mérito científico e relevância social e formação de profissionais de acordo com as necessidades em saúde.

ABSTRACT

Professional education and practice cannot follow parallel lines in the development of health systems; they need to be organically related. Medical education allows for services, conditions for recruiting and holding professionals, for the possibility of creating teams, the development and evaluation of care and assistance technologies and for building critical understanding and sensibilities. The net of health systems and services generates fields of practices, sceneries for intervention according to local demands, the scientific and technological bases, social inclusion and opportunities for understanding life. Once all this is brought together one can speak of being committed to relieving the regional and social inequalities, that is, only then we can establish conditions for facing the damage caused by poverty and social inequities, producing knowledge of scientific merit and social relevance and educate health professionals meeting the health demands of the population.

Recebido em: 27/09/2007

Aprovado em: 12/10/2007

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Centro Universitário Serra dos Órgãos, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

Uma vez que o Decreto Federal nº 5.773, de 9 de maio de 2006¹, determina em seu art. 28, § 2º, que a criação de cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Psicologia, em universidades ou centros universitários, deve ser submetida ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a abertura desses cursos deveria decorrer da aplicação de critérios que a justificassem. A necessidade de autorização desses cursos pelo CNS é para que ela se pautar por critérios de demanda social (ouvir a manifestação do setor) e não de mercado (interesse particular das instituições de ensino), inclusive porque o exercício profissional nessas áreas pode impor risco à integridade física e moral de pessoas. Constitucionalmente, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de recursos humanos” (Constituição Federal, artigo 200, inciso III), e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (regulamentação para o segmento) indica que tal ordenamento deve atender às prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País. Demandas sociais e perfis regionais: um ordenamento capaz de responder à demanda social e interferir no perfil regional.

Encarar as demandas sociais como demandas do desenvolvimento humano e o perfil demográfico e epidemiológico regional como revelação das carências regionais significaria, então, projetar uma política de formação e de exercício em saúde participante do enfrentamento da pobreza num contexto de desenvolvimento humano. Um ordenamento da formação não atenderá, portanto, a critérios quantitativos, tampouco cartoriais, para a oferta e distribuição das oportunidades de formação inicial (graduação). Na medicina, em particular, cuja incorporação aos postos de trabalho se faz por especialidades da área profissional, a demanda por profissionais envolve o exercício e a formação desses especialistas. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde no Brasil, e da medicina em particular, atentam para os aspectos relativos ao desenvolvimento humano: integralidade da assistência, senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e promoção da saúde integral do ser humano. As DCN também destacam a regionalização do sistema de saúde e sua inclusividade social².

No encontro entre diretrizes de condução do sistema de saúde e diretrizes de condução curricular na saúde, vamos detectar a presença de um ordenamento da formação que responda por sua implicação locorregional, bem como com redes, sistemas e serviços de saúde, mas acima de tudo pela implementação de políticas públicas intersetoriais (saúde e educação), interinstitucionais (intergestores do SUS e entre

gestores do SUS e dirigentes das instituições de ensino, por exemplo) e integradas (formação e exercício profissional, formação inicial e formação especializada, desenvolvimento profissional e institucional). Não se tratará de aplicar um inquérito, roteiro ou padrão referencial sobre cada pedido de abertura de curso, mas encetar na sociedade um projeto político de formação e trabalho na saúde que combata as desigualdades sociais, as carências regionais e os danos individuais, coletivos e sociais da pobreza, além de se ajustar aos padrões da contemporaneidade no declínio dos modelos de profissão, de ensino e de gerência; na visão de uma ciência da complexidade; na compreensão de uma educação da auto-organização e no acolhimento de um conhecer relativo ao movimento caos-ordem-caos.

Concorrem para o enfrentamento da pobreza no contexto do desenvolvimento humano a elevação da resolutividade pela integralidade e pela humanização dos atendimentos, a composição de equipes multiprofissionais, a especialização em diferentes profissões, a ênfase nos cuidados especializados no âmbito das práticas ambulatoriais e domiciliares, e a integração em rede dos serviços de saúde e intersetorialmente para superar o problema dos encaminhamentos e das filas, o que impede respostas taxativas sobre a necessidade de profissionais e número de escolas/vagas de formação.

MUDANÇA NAS REALIDADES E DILEMAS DA FORMAÇÃO

Uma realidade é a falta de provimento de profissionais de saúde em diversas regiões do País, somada à dificuldade de fixação dos profissionais em outras tantas, que os conseguem por breves períodos ou temporariamente. Tais áreas também são as regiões de carências econômicas e de menor acesso aos bens culturais, educacionais e técnico-científicos. Uma análise genérica poderia indicar o número de profissionais formados a cada ano no País e sua proporção sobre a densidade populacional nacional, e não faltaria quantitativo para o provimento dos postos de trabalho. Mas o que responderíamos para as regiões sem profissionais?

Também poderíamos apontar a prioridade de cobertura aos problemas prevalentes e de impacto epidemiológico, mas o que responderíamos sobre a baixa ou nula cobertura em especialidades e o atendimento às demais demandas de saúde para o desenvolvimento humano que não se traduzem em incidências ou prevalências mórbidas? Uma vida longa e saudável, uma vida com máxima autonomia em atividades cotidianas ou uma vida digna decorrente da promoção de saúde desde os aspectos preventivos até o máximo prolongamento do viver com máxima qualidade de

participação na cultura a que se pertence. Essas prerrogativas deveriam ser tomadas como direitos inalienáveis, ou seja, a presença de profissionais de saúde com elevada capacidade de atuação cuidadora e terapêutica não pode ter outra distribuição que não a dos territórios do viver. Se faltam provimento e fixação, falta atendimento; se falta atendimento, faltam profissionais; se faltam profissionais, falta formá-los em maior quantidade. Evidenciam-se, então, os dilemas da formação para enfrentar as mudanças requeridas nas realidades.

O perfil demográfico e epidemiológico antes referido, no Brasil, está em transição, não pode ser retratado como fato dado, apenas como trânsito (diminuição dos nascimentos; ampliação da longevidade; redução da mortalidade por causas evitáveis por medidas de saúde pública; elevação da mortalidade por causas externas; redução da morbidade por doenças infecciosas e parasitárias; elevação da morbidade

crônica e degenerativa; estancamento da redução da mortalidade infantil geral pela elevação do componente neonatal; presença crescente das mulheres em todos os ramos produtivos).

A demanda por profissionais e especialistas também está em transição. O País elevou sua escolaridade, e a oferta de educação superior se diversificou em profissões e áreas de especialidade. O modelo technoassistencial vem migrando da centralidade em procedimentos médicos, no curativismo tecnicista e na internação hospitalar, para procedimentos multiprofissionais, participação dos usuários nas condutas, acompanhamento e internação domiciliar e sofisticação das soluções ambulatoriais. De modo alheio a estas constatações, assistimos ao incremento do número de escolas médicas no País, a uma velocidade jamais observada³. De 2000 a 2007, por exemplo, foram autorizadas quase 70 novas escolas, o que corresponde a 69,1% de crescimento em relação à década 1990-1999 (Tabela 1).

TABELA 1
Distribuição numérica de escolas médicas, segundo período de fundação. Brasil, 2007

Período de fundação	Nº de escolas	Freq. cumulativa	(%)	Crescimento (%)	Nº potencial de egressos (*)
Até 1949	13	13	7,9	—	2.118
1950-1959	14	27	8,5	107,7	1.605
1960-1969	37	64	22,6	60,0	3.535
1970-1979	10	74	6,1	15,6	1.306
1980-1989	5	79	3,0	6,8	596
1990-1999	18	97	11,0	22,8	1.639
2000-2007	67	164	40,9	69,1	6.048
Total	164	—	100,0	—	16.847

(*) Considera o número de alunos formados esperado quando da integralização dos seis anos do curso, incluindo as escolas criadas entre 2000 e 2006.

Nota: Incluí as escolas médicas autorizadas a funcionar e que ainda não tiveram reconhecimento pelo MEC/Inep.

Fonte: Abem⁴ e Inep⁵.

Poderíamos supor que, ao serem consideradas as diretrizes de condução do sistema de saúde e as diretrizes curriculares da formação, teríamos uma inversão desse quadro. Entretanto, observamos a abertura de escolas sob a alegação de falta de oferta de vagas regionais ou microrregionais, sem o acompanhamento dos fatores que orientam a provisão e fixação dos profissionais, ou seja, um falso enfrentamento da

carência de profissionais e nenhum enfrentamento das mudanças requeridas nas realidades. Antevemos, inclusive, a permanência de uma visão biologicista dos problemas de saúde como política de expansão de vagas.

O provimento e a fixação voluntária dos profissionais se acompanham da oferta de bens culturais, acesso à atualização e educação permanente, convivência com ambientes de

produção de conhecimento (instituições de ciência, ensino e pesquisa, e serviços com potencial de aprendizagem e desenvolvimento profissional), atuação com pares e em equipe, garantia de retaguarda, serviços complementares e de apoio diagnóstico e terapêutico, segurança contra os riscos de violência e ambientais, e condições de conforto na moradia, no deslocamento e no trabalho.

A educação superior em saúde no Brasil é majoritariamente ofertada pela rede privada estrito senso ou por instituições filantrópicas/comunitárias/confessionais. Não dispomos de fortes e eficientes mecanismos implantados e consolidados de avaliação da qualidade de ensino (Tabela 2). Há uma

concentração de mais de 50% das escolas superiores na Região Sudeste, metade destas no estado de São Paulo. As escolas superiores caminham na direção do poder aquisitivo dos alunos e não da participação no desenvolvimento regional para superar as desigualdades sociais e regionais do País. No exemplo dos cursos de Medicina, cerca de 60% dos alunos são oriundos de instituições de ensino superior da rede privada, mas esta constatação não será suficiente para justificar a abertura de vagas públicas. Percebemos neste fato, justamente, a ausência de políticas integradas entre desenvolvimento humano e abertura de escolas na área da saúde, área que deveria se justificar pelo engendramento do desenvolvimento humano.

TABELA 2
Distribuição do número de escolas médicas, segundo natureza jurídica. Brasil, 2007

Natureza Jurídica	Nº de escolas	(%)	Nº potencial de egressos	
			(*)	(%)
Municipal	7	4,3	652	3,9
Estadual	23	14,0	1.818	10,8
Federal	41	25,0	4.396	26,1
Privada estrito senso	42	25,6	4.218	25,0
Filantr./Comunit./Confess.	51	31,1	5.763	34,2
Total	164	100,0	16.847	100,0

(*) Considera o número de alunos formados esperado quando da integralização dos seis anos do curso, incluindo as escolas criadas entre 2000 e 2006.

Nota: Inclui as escolas médicas autorizadas a funcionar e que ainda não tiveram reconhecimento pelo MEC/Inep.

Fonte: Abem⁴ e Inep⁵

Ao serem implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas entre 2001 e 2002, esperam-se, para o conjunto das profissões da área, outros perfis profissionais ao final dos cursos de graduação, mudando-se as características do exercício profissional e da educação permanente. Tais mudanças serão inócuas sem políticas de provimento, distribuição e fixação de profissionais, e sem políticas de reordenamento tecnoassistencial orientadas pelo acolhimento do conjunto das situações de saúde relacionadas com o viver, superando o modelo "interpretação epidemiológica = ação programática".

De outra parte, uma real expansão da educação superior e uma radical transformação do modelo formador, absorvendo

os ideários da interdisciplinaridade, da integralidade, da humanização, da educação permanente em saúde e da implicação com o desenvolvimento de linhas do cuidado na rede assistencial, não se consumarão sem o enfrentamento das regulações presentes no setor. O País não possui tradição de regulação pelo Estado do exercício profissional, da formação, da certificação de competência ou da autorização de práticas de trabalho. Isto impede que qualquer medida de ordenamento, como as constatadas em diversos países, conte com a aceitação das corporações profissionais e respaldo legislativo.

Diante desta complexidade e pelo fato de a formação e o exercício profissional da medicina serem caracterizados pela

especialidade, verificamos as sutilezas da realidade. Apenas na medicina há regulação das especialidades, programas regulares e remunerados de formação de especialistas e mercado de trabalho regulado pela detenção do título de especialista. A abertura de escolas médicas diante das interrogações da demanda social e da resposta ao perfil demográfico e epidemiológico não dependerá de medidas cartoriais, mas de políticas sociais que abracem a formação em saúde no interior do compromisso com o desenvolvimento humano e com a oportunidade de a sociedade desfrutar de um cuidado à saúde que diga respeito a cada Ser ou grupo social cuidado e não aos dados quantitativos das estatísticas vitais (números e eventos biológicos, mas não pessoas e histórias vivenciais).

DESIGUALDADES REGIONAIS, CARÊNCIAS SOCIAIS E FORMAÇÃO NA SAÚDE

A má distribuição das escolas médicas no País é contundente, e a dos Programas de Residência Médica (a especialização) ainda muito mais. Não se pode firmar a posição de que há excesso de escolas, mas, sim, de que há falta de escolas em diversas regiões do País.

Por outro lado, apenas afirmar a desigualdade regional e social de escolas não é suficiente para justificar a abertura de escolas ou a ampliação de vagas. Isto porque temos exemplos, como nos estados de Roraima e do Acre, onde escolas federais foram abertas para atender à carência de vagas na Região Norte do País, e a maioria delas foi preenchida por estudantes oriundos das regiões Sudeste e Sul. Pelo simples critério da carência de vagas, poderíamos propor a abertura de uma escola no estado do Amapá, o único da federação onde não há escola médica. Mas por que usar o critério da carência de vagas e de escolas em determinados locais e regiões se os candidatos provêm majoritariamente de outras localidades? Teríamos de pensar num critério compensatório, como o do privilégio de acesso local e regional ou aquilo que no Brasil se convencionou chamar de “cotas sociais” – como defende expressiva parcela da sociedade brasileira para a população negra, população indígena, população de menor poder aquisitivo, segmento oriundo da educação básica pública, para minimizar as desigualdades sociais.

Em 2007, o que se observa é uma grande concentração de escolas médicas nos municípios das regiões metropolitanas brasileiras, atingindo 55,5% do total (Tabela 3).

TABELA 3

Distribuição numérica de escolas médicas por localização geográfica e número de vagas segundo natureza jurídica. Brasil, 2007

Natureza Jurídica	Em municípios das regiões metropolitanas			Em outros municípios				Total	
	Nº de escolas	(%) (linha)	Nº potencial de egressos(*)	Nº de escolas	(%) (linha)	Nº potencial de egressos(*)	Nº de escolas	(%) (linha)	Nº potencial de egressos(*)
Municipal	2	28,6	126	5	71,4	526	7	100,0	652
Estadual	12	52,2	1.056	11	47,8	762	23	100,0	1.818
Federal	28	68,3	3.212	13	31,7	1.184	41	100,0	4.396
Privada estrito senso	26	61,9	2.688	16	38,1	1.530	42	100,0	4.218
Filantr./ Comunit./ Confess.	23	45,1	2.795	28	54,9	2.968	51	100,0	5.763
Total	91	55,5	9.877	73	44,5	6.970	164	100,0	16.847

(*) Considera o número de alunos formados esperado quando da integralização dos seis anos do curso, incluindo as escolas criadas entre 2000 e 2006.

Nota: Incluí as escolas médicas autorizadas a funcionar e que ainda não tiveram reconhecimento pelo MEC/Inep.

Fonte: Abem⁴ e Inep⁵.

Também termina ilusória a afirmação de que não se devem abrir mais escolas ou vagas onde elas já estão concentradas, pois nem sempre encontramos correlação positiva entre o tamanho da população e o número de vagas. Situação exemplar encontramos nos estados de São Paulo e Tocantins. Verifica-se uma concentração de vagas em escola médica, por 100 mil habitantes, quatro vezes maior em Tocantins (a maior do País), mesmo que o número de escolas e de vagas seja muito maior no estado de São Paulo dentre todos os estados da federação (em 2007, Tocantins = 440 vagas / 1.358.922 habitantes; São Paulo = 3.453 vagas / 41.663.623 habitantes).

Ilusão semelhante é admitir que a oferta pública ou privada faria a mesma absorção local ou regional, uma vez que se trata de um curso muito oneroso para a instituição de ensino e extremamente caro para os alunos. Hoje, são majoritárias as vagas em escola privada (um potencial de 9.981 vagas em 93 instituições privadas estrito senso e privadas filantrópicas/comunitárias/confessionais, contra um total de 6.866 nas 71 instituições federais, estaduais e municipais). A inclusão social, a interferência positiva nas desigualdades regionais e sociais, e a potencial participação no desenvolvimento locorregional do sistema de saúde somente se viabilizarão por oferta de vagas públicas. Por isso, a reiterada afirmativa de não restrição às vagas públicas, mas seria melhor dizer do compromisso público e do empenho de superar as desigualdades regionais e sociais. Temos ficado apenas no debate quantitativo e cartorial.

Ainda assim, a noção de “cotas” não pode ser usada isoladamente. Teria de ser conjugada com os critérios de avaliação da qualidade, proposta curricular, rigor na implementação das diretrizes curriculares, compromissos com o sistema de saúde local e regional, diversificação dos campos de aprendizagem da prática profissional, alimentação da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade etc.⁶

O tema das cotas também nos ajuda a mostrar por que se trata de uma política intersetorial e interinstitucional. Uma

proposta isolada relativamente à configuração de cotas poderia ser a de trabalhar por sua providência nas regiões Sudeste e Sul para estudantes provenientes das regiões Norte e Nordeste. Não se trata de apresentar uma proposta de definir cotas, mas de propor, assumir e investir em relações intersetoriais entre o setor da saúde e o setor da educação, e relações interinstitucionais entre os gestores estaduais e municipais de saúde e educação (diretamente ou por suas representações); gerentes dos serviços de saúde e dirigentes das instituições de ensino; estudantes e movimento estudantil; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área de saúde por meio de seus distintos segmentos (docente e estudantil); movimentos sociais ligados à participação das políticas públicas de saúde e controle social no SUS que intervenham positivamente na realidade.

A presença mais ou menos expressiva de médicos por região estabelece uma correlação positiva com a presença de escolas médicas e programas de residência médica, provavelmente pela oferta de possibilidades à educação e atualização permanente dos profissionais, devendo-se pensar na abertura de escolas e na ampliação de vagas conjugada ao desenvolvimento do sistema de saúde e não isoladamente do contexto de trabalho, do mercado ocupacional, das oportunidades de desenvolvimento intelectual e pessoal e das possibilidades de compartilhamento da atuação profissional em equipes de saúde.

Novamente, os exemplos do Acre, Roraima e Amapá podem ser usados tendo em vista a rede federal de educação superior. Escolas, vagas e ensino público ou privado devem estar submetidos aos mesmos critérios de combate às desigualdades regionais e sociais, de qualidade acadêmica e de relevância pública. Além disso, por exemplo, o estado de Rondônia, que até o ano de 2000 não possuía escola médica, até meados de 2007 já exibia quatro escolas e um total de 270 vagas ofertadas (Tabela 4).

TABELA 4
Escolas médicas: distribuição numérica de vagas, população residente e relação de vagas por 100 mil habitantes. Brasil, 2007
 (em ordem decrescente da relação do número de vagas / 100 mil habitantes)

Unidades da Federação	População Residente	Vagas	Relação de vagas / 100 mil hab.
Tocantins	1.358.922	440	32,38
Rondônia	1.590.001	270	16,98
Paraíba	3.650.303	520	14,25
Espírito Santo	3.519.742	500	14,21
Rio de Janeiro	15.738.510	2.224	14,13
Mato Grosso do Sul	2.331.248	320	13,73
Distrito Federal	2.434.033	312	12,82
Minas Gerais	19.719.285	2.387	12,10
Piauí	3.065.459	362	11,81
Acre	703.432	80	11,37
Rio Grande do Sul	11.080.322	1.207	10,89
Santa Catarina	6.049.234	621	10,27
Amazonas	3.389.072	337	9,94
Rio Grande do Norte	3.084.107	262	8,50
São Paulo	41.663.623	3.453	8,29
Mato Grosso	2.910.264	208	7,15
Ceará	8.335.874	582	6,98
Paraná	10.511.862	672	6,39
Pernambuco	8.590.845	490	5,70
Pará	7.249.160	390	5,38
Sergipe	2.033.405	100	4,92
Roraima	415.281	20	4,82
Bahia	14.083.710	600	4,26
Alagoas	3.085.109	130	4,21
Goiás	5.840.653	190	3,25
Maranhão	6.265.077	170	2,71
Amapá	636.654	0	—
Total	189.335.187	16.847	8,90

Nota: Inclui as escolas médicas autorizadas a funcionar e que ainda não tiveram reconhecimento pelo MEC/Inep.

Fonte: Abem⁴ e Inep⁵.

COMPROMISSOS DIANTE DAS DESIGUALDADES SOCIAIS E CARÊNCIAS REGIONAIS

À má distribuição regional dos especialistas e à dificuldade em “emplacar” estratégias tecnoassistenciais com alta resolubilidade do ponto de vista da prática ambulatorial, de atenção integral e humanizada e em equipe multiprofissional, soma-se a subdivisão das especialidades em especialismos, justificáveis apenas em regiões de grande densidade de especialistas e de organização do cuidado em práticas hospitalares ou de utilização intensiva da tecnologia de equipamentos

diagnóstico-terapêuticos. As regiões que concentram a maior parte das escolas médicas e dos programas de residência médica, as áreas metropolitanas, em especial da Região Sudeste, mais especificamente as regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro, acabam por preencher os imaginários sociais e profissionais de qualidade, eficiência e eficácia do desempenho assistencial. A concentração de pesquisadores e publicações nestes mesmos centros e o vigor com que respondem às necessidades de especialistas e serviços especializados agenciam essa compreensão como opinião pública.

Supor um trabalho em saúde centrado no médico e, mais, nas especialidades médicas em todos os locais do País e em todos os serviços de atenção à saúde, nas regiões urbanas centrais e periféricas, rurais e remotas, embora idealizado, não é realista e nem justificável técnica, financeira e operacionalmente. Precisamos de critérios realistas e financeiros, mas também operacionais, técnicos, éticos, científicos e humanistas.

Valorizando a formação, o trabalho e as especialidades médicas, encontramos as maiores discrepâncias entre necessidades e distribuição nas áreas de medicina preventiva e social (desenvolvimento do sistema em ascensão e formação do especialista em extinção); medicina de família e comunidade (modelo assistencial nacional proposto para fortalecer a atenção básica em todo o território nacional e a formação especializada concentrada no Sudeste e Sul); Psiquiatria (um intenso movimento social e profissional do campo da saúde mental propondo a abordagem psicossocial em rede de serviços e interações, e as oportunidades de especialização centradas na internação e na prescrição biológica); intensivismo (uma reforma do sistema hospitalar em curso para desconcentrar as ofertas dos grandes centros urbanos e ausência de especialistas para estabelecer plena assistência); Oncologia (um projeto de retaguarda ambulatorial para garantir assistência especializada, com preservação da qualidade de vida e dos laços sociais, que não encontra projetos de especialização); Geriatria (crescimento da população de idosos pelo aumento da longevidade e dos padrões de saúde pública); e Neonatologia (mortalidade infantil marcada pelo componente precoce).

Outras áreas com menor densidade na oferta ou na procura e ocupação de vagas pertencem ao reordenamento do processo produtivo, como o ocorrido com o predomínio do setor público pela expansão do Sistema Único de Saúde, pela criação e expansão de novas profissões no setor ou pela introdução de novos equipamentos e processos tecnológicos. O desequilíbrio na oferta de formação e de exercício profissional gera graves distorções na satisfação e segurança técnica dos trabalhadores individuais e na qualidade e garantia de assistência eficiente aos usuários.

Além disso, num modelo de formação e exercício que supõe o percurso pela residência médica, a falta de vagas para 100% dos formandos na graduação sugere que os profissionais com menor qualificação para a disputa de vagas nas especialidades, cujo exame exige a demonstração de conhecimentos de medicina geral, são os que entram mais precocemente no mercado de trabalho dos generalistas, expondo seus usuários aos riscos por inépcia. Os profissionais

evitam e são constrangidos pelas entidades profissionais corporativas a evitarem os cursos de especialização, mesmo que estes ofereçam elevada jornada de práticas em serviço como uma de suas estratégias curriculares. A corporação argumenta pelo não reconhecimento da aquisição de especialidade em itinerários discrepantes da residência médica ou integrados à formação multiprofissional realizada em serviço sob tutoria interdisciplinar e preceptoria docente-assistencial por especialista da profissão.

Não registramos falta de trabalho remunerado para os profissionais de saúde. Assim, a disputa pelo trabalho se dá entre os melhores e piores postos de emprego ou condições de exercício. Para a maioria das profissões de saúde, a escolha das oportunidades de emprego está ligada ao maior ou menor prestígio ocupacional e à aquisição de autonomia técnica e gerencial. Em especial para os médicos, a oferta de trabalho é muito grande, e, por isso, o simples adicional no salário não resolve o problema do provimento e fixação em empregos com menores oportunidades sociais em geral.

A interiorização do trabalho não se faz sem o concurso de fatores de provimento e fixação, relativos ao conforto profissional e subjetivo dos trabalhadores, sem familiarização com a diversidade de realidades, sem projetos desafiadores de crescimento e aprendizagem pessoal, profissional e científico-tecnológica. Para isso, é necessário conjugar ofertas aos profissionais, constituir possibilidades aos serviços, aos locais e às regiões, mobilizar a companhia de estudantes e docentes, mesclar períodos de aprendizagem e estudo entre serviços, locais e regiões, tornar regular a educação permanente em saúde com base locorregional. E, ainda, mobilizar permanentemente práticas multiprofissionais e interdisciplinares, para ampliar o acolhimento assistencial das pessoas em sua diversidade subjetiva e cultural e a resolutividade dos problemas de saúde, individuais ou coletivos, e os próprios problemas de saúde pública⁷.

A carência de médicos e de médicos especialistas ocorre em áreas rurais, remotas e de periferia urbana, as mesmas onde o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde ou às práticas de cuidado ambulatorial e domiciliar ainda é muito desigual. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM)⁸, em mais de 1.500 municípios no País não há registro de moradia de médicos, apesar de em muitas destas localidades haver a figura do médico oriundo de outro município da microrregião que atua no serviço de saúde local. A distribuição da moradia dos médicos segundo bairros de residência nas grandes cidades e até no interior dos bairros demonstra que os médicos optam e se empenham pela viabilização de viver, habitar e estabelecer inserção nas localidades de maior conforto social.

Na capital do Rio de Janeiro, por exemplo, observamos mosaicos de desigualdades, com a concentração de médicos morando nos bairros das áreas de mais elevado acesso aos bens de infra-estrutura e conforto urbano da cidade e ausência de profissionais nas áreas mais pobres desses recursos. Até mesmo dentro de um mesmo bairro, essa tendência pode ser verificada. Pinto (2006)⁹ considerou, na análise do município do Rio de Janeiro, o indicador de médicos por habitantes e

também por km², o que possibilitou registrar que em 2005 havia grandes disparidades entre as áreas 2 (240,21 médicos/km²) e 5 (3,79 médicos/km²) do planejamento urbano definido pela prefeitura da cidade. Esta diferença pode ser observada em cada bairro das áreas mais “nobres” da cidade, a chamada Zona Sul, quando comparada com as regiões com menos acesso aos bens de infra-estrutura e conforto urbano, como os bairros da área 5 do planejamento urbano (Tabelas 5 e 6).

TABELA 5

Distribuição dos médicos segundo bairros de residência e indicadores selecionados. Área de planejamento 2. Município do Rio de Janeiro, 2005

Bairro	Médicos / 1.000 hab.	Médicos / km ²
Flamengo	11,06	861,05
Glória	9,61	211,55
Laranjeiras	12,02	562,07
Catete	1,47	115,73
Cosme Velho	10,18	240,56
Botafogo	12,91	554,59
Urca	8,89	62,43
Humaitá	13,50	526,69
Leme	8,00	335,91
Copacabana	8,71	742,74
Ipanema	9,87	505,43
Leblon	12,28	650,24
Lagoa	21,74	224,46
Jardim Botânico	14,02	143,16
Gávea	11,21	216,42
Vidigal	1,40	15,54
São Conrado	5,72	36,35
Praça da Bandeira	10,22	335,01
Tijuca	10,56	441,52
Alto da Boa Vista	2,79	1,99
Maracanã	11,71	485,95
Vila Isabel	6,94	446,76
Andaraí	6,22	301,29
Grajaú	10,97	185,90
Rocinha	—	—
Total	9,40	240,21

Fonte: Pinto (2006)⁹ (a partir dos microdados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, microdados do Censo Demográfico do IBGE, Cadastro de Bairros e Áreas Programáticas da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e Código de Endereçamento Postal dos Correios). A tabela considera o local de moradia declarado pelos médicos quando do cadastramento pelo CNES, excluindo-se dupla contagem de vínculos e considerando o total de médicos brasileiros que atuam ou não no SUS.

TABELA 6
Distribuição dos médicos segundo bairros de residência e indicadores selecionados. Área de planejamento 5. Município do Rio de Janeiro, 2005

Bairro	Médicos / 1.000 hab.	Médicos / km ²
Vila Militar	—	—
Campo dos Afonsos	4,62	5,60
Jardim Sulacap	3,65	14,41
Magalhães Bastos	0,19	6,04
Realengo	0,40	6,88
Padre Miguel	0,39	13,35
Bangu	0,46	6,35
Senador Câmara	0,37	6,37
Santíssimo	0,32	3,25
Campo Grande	1,11	7,21
Senador Vasconcelos	0,33	4,34
Inhoaiba	0,12	2,16
Cosmos	0,23	3,36
Paciência	0,13	1,23
Santa Cruz	0,62	2,39
Sepetiba	0,67	5,24
Guaratiba	0,26	0,43
Barra de Guaratiba	—	—
Pedra de Guaratiba	0,83	5,94
Total	0,55	3,79

Fonte: Pinto(2006)⁹ (vide nota da Tabela 5).

Não temos saída para a interiorização do trabalho que não inclua a revisão dos perfis profissionais para a adaptação local, a inclusão maciça de pessoal de nível médio e de agentes comunitários de saúde, a qualificação de gestores locais e regionais, a garantia de recursos tecnológicos de comunicação e educação à distância, a mobilização de fatores de atração. A interiorização não pode ser apenas do trabalho, mas também das condições de provimento, fixação e educação permanente. Por isso, iniciativas de política formativa e de política em saúde em relação às responsabilidades da área da saúde com a mudança na graduação, a interação formação-sistema de saúde e a integração ensino-serviço no âmbito da gestão participativa na política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS são francamente desejáveis e responsáveis.

Apoios como o da remuneração adicional aos pequenos municípios como fator de correção das desigualdades, incentivo às unidades mistas de atenção integral à saúde (saúde da família, leito de observação, centro de reidratação, oficina de arte-convivência, procedimentos de mais alta técnica ou mediante suporte de aparelhos etc.) e apoio à transformação dos modelos de atenção dos pequenos hospitais para que respondam à retaguarda complementar mais justificada em cada realidade locoregional demonstrariam ênfase no desenvolvimento humano com recursos setoriais específicos da saúde.

Apoios da saúde para com a educação no setor são do mais alto mérito e podemos citar como exemplos a invenção dos Pólos de Educação Permanente em Saúde; o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS/Brasil), para estudantes universitários da área da saúde; a criação em lei federal da Residência em Área Profissional da Saúde, de caráter multiprofissional e integrador entre educação, trabalho e saúde; e o incentivo ao Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde, entre outras medidas que promoveram e promovem o debate de compromisso, protagonismo e conversação política sobre o que há a enfrentar em nome da correção de desigualdades, superação dos danos da pobreza e colocação em andamento de uma saúde como acolhimento da vida¹⁰.

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde foram criados no Brasil em 2003 e regulamentados pela Portaria 198/2004 do Ministério da Saúde¹¹. O acerto da medida foi tal que em 2007, diante de uma Portaria de atualização de seus termos por experimentação de quatro anos, teve incorporadas as recomendações de seus documentos de apoio e compreensão, conquistando a designação prevista na Lei Orgânica da Saúde: Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço em Saúde (Portaria GM 1996/2007 e Lei Federal 8.080/1990, Art. 14)^{12,13}. Às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em

Saúde cabe o desenvolvimento da articulação interinstitucional entre instituições de ensino e pesquisa, escolas técnicas, órgão de gestão do SUS, serviços, estudantes e instâncias de participação e controle social em saúde para discutir prioridades e métodos na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, dos representantes populares e dos representantes da gestão setorial.

Ao Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS cabe a mobilização de estudantes de todas as profissões de saúde para que se deparem com a gestão do sistema brasileiro de saúde, seus componentes de condução, formulação, auditoria e avaliação, e de comunicação com a sociedade, os trabalhadores e as instâncias intersetoriais de políticas públicas, podendo ser ofertado com a presença ou não do gestor federal¹⁴. A medida foi tão acertada que foi incorporada pela área de extensão universitária com a sua diversificação em Vivência de Educação Popular em Saúde e em Estágios Interprofissionais Regionais de Saúde.

POR FIM

A carência regional de médicos especialistas não é uma simples constatação de falta de médicos, mas uma denúncia da necessidade de associar demandas sociais, formação de profissionais e de especialistas, regulação ocupacional, montagem de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, redes de apoio matricial entre serviços, trabalhadores e gestores. Para compreender os sentidos da carência de médicos especialistas, é necessário compreender a montagem do sistema de saúde e as distâncias atuais entre o sistema formador e as necessidades de saúde da população e de montagem do sistema de saúde. Jamais o SUS cumprirá seus princípios e diretrizes sem a participação orgânica do setor da educação.

Muitas medidas devem envolver os setores da saúde e da educação, as instituições de ensino, de serviço e de gestão, além das instâncias de participação e de controle social. O enfoque da formação deve mudar, e devem ser oferecidas novas oportunidades de aperfeiçoamento (não só especialização e residência), seja como fator de atração, seja como renovação das práticas em mutação de perfil assistencial.

Caberia, por exemplo, a oferta de um segundo título de especialista para profissionais especializados que cumprissem períodos de formação e exercício profissional nas áreas mais descobertas, reduzindo-se a incorporação de profissionais inexperientes pela baixa procura de emprego. Caberia a inserção de estágios profissionalizantes durante os programas de especialização em serviço, a fim de contribuir para a mudança de modelo assistencial dos pequenos hospitais, dos pequenos municípios e dos serviços com maior dificuldade de provimento e fixação de especialistas. Esta última seria, inclusive,

uma oportunidade de aprendizagem sobre o apoio matricial de especialistas aos generalistas, aos demais profissionais da equipe de saúde ou aos trabalhadores de nível médio, agentes comunitários de saúde e lideranças locais. A mobilidade dos estágios nas residências e o ano adicional de residência com segundo título de especialidade deveriam ser reivindicados pelas entidades corporativas e incentivados pelo Sistema Único de Saúde com bolsas de remuneração competitiva, evitando-se a incorporação de médicos em áreas de atuação sem a necessária habilitação ou necessárias habilidades.

Com esta preocupação o Ministério da Saúde projetou, no início de 2005, junto à lei do Pró-Jovem, um Programa de Bolsas de Educação pelo Trabalho (bolsas BET) (bolsas "BET" ou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, como ficou definido na Portaria Interministerial MEC-MS n° 1.507, de 22/06/2007)¹⁵, a ser incluído na previsão orçamentária anual de recursos para estágios em residência e residências, bem como para preceptores, tutores e orientadores de serviço, para que tais estágios e residências possuam docentes. Tal programa de bolsas também previa/prevê a incorporação de estudantes para vivência em situações de trabalho apoiado no SUS, com o desejo de sensibilizar, familiarizar e implicar o estudante com a possibilidade de trabalhar em áreas de difícil provimento e fixação, contribuindo para a formação de um perfil profissional adequado às necessidades e às políticas de saúde do País, assim como para o adequado enfrentamento das diversidades no território nacional.

Outra iniciativa foi propor a residência para as demais profissões de saúde, pois diversas situações de trabalho, hoje, não podem mais ser respondidas sem a especialidade. Exemplo é a incorporação de assistentes sociais nos núcleos e centros de atenção psicossocial. Este profissional é imprescindível, mas sua graduação não está orientada para este campo de atuação. O campo exige alta habilitação, e um profissional generalista terá de ser formado em serviço para obter a autonomia de seu desempenho. Então, convém gerar a formação especializada nos moldes da residência. O mesmo se repete com a formação de odontólogos para a cirurgia bucomaxilofacial, de enfermeiros para a neonatologia, para a obstetrícia ou para a saúde da família. De outra parte, entretanto, a Residência em Área Profissional da Saúde para as várias profissões funciona para ampliar a incorporação de recursos de atenção integral nos serviços e regiões pela presença multiprofissional, permitindo maior acolhimento e ênfase na transformação das iniquidades pela maior resolubilidade dos problemas complexos do viver.

Apenas uma "política" pode encarar os desafios observados na realidade. A formação e o exercício profissional

não podem seguir linhas paralelas em saúde, eles precisam ser orgânicos, uma em relação ao outro. A formação gera serviços, condições de provimento e/ou fixação de profissionais, possibilidades de equipe, desenvolvimento e avaliação de tecnologias do cuidado e da assistência, compreensão crítica e sensibilidades. A organização do sistema de saúde gera campos de práticas, cenários de intervenção, demandas locais, retaguarda científica e tecnológica, inclusão social, oportunidades de entendimento da vida. É a partir deste encontro que se pode falar de compromisso com o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais, da redução de danos da pobreza e iniquidades sociais, da produção de conhecimento com mérito científico e relevância social, da formação de profissionais de acordo com os modelos assistenciais em mutação, de acordo com a transição epidemiológica e demográfica do País, de acordo com a mutação dos papéis das várias profissões em saúde, de acordo com a elevação da escolaridade nacional e expansão da educação superior, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e diretrizes constitucionais do SUS, e, finalmente, respondendo às desigualdades sociais e carências regionais pela implicação com o desenvolvimento humano (a integralidade em saúde).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto Federal nº 5.773, de 9 de maio de 2006. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e seqüenciais no sistema federal de ensino. Diário Oficial [da União]. Brasília, 10 maio 2006.
2. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20 (5): 1400-10.
3. Amâncio Filho A, Vieira ALS, Garcia ACP. Oferta das graduações em medicina e em enfermagem no Brasil. Rev Bras Educ Med 2006; 30 (3): 161-70.
4. Marins JJN, Pinto LF, Pontes ALM, Gonçalves RL, Soranz DR, Malafaia MF. Formação de médicos no Brasil: estudo de egressos no período de 1982 a 2003. Rio de Janeiro: Abem; 2005.
5. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Educação Superior: cursos e instituições. [online]. Brasília, Brasil. [capturado 30 ago. 2007]. Disponível em: http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/busca_curso.stm
6. Ceccim RB. Por que uma Lei Orgânica da Educação Superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. Olho Mágico 2005; 12 (1): 35-45.
7. Ceccim RB. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. Estud Univ 2007; 33 (1): 29-48.
8. Conselho Federal de Medicina (CFM). Base de Dados por Município. Brasília, Brasil, outubro de 2007
9. Pinto LF. Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro; 2006. Doutorado [Tese] – Escola Nacional de Saúde Pública.
10. Ceccim RB, Capozzolo AA. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC orgs. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 346-90.
11. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Cien Saúde Colet 2005; 10(4): 975-86.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da União]. Brasília, 22 ago. 2007.
13. Brasil. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da União]. Brasília, 20 set. 1990.
14. Ceccim RB, Guimarães AR, Klafke TE, Lenz FL. Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes *agindo* Sistema Único de Saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, orgs. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007. p. 179-204.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC-MS nº 1.507, de 22 de junho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Diário Oficial [da União]. Brasília, 25 jun. 2007.

Conflito de interesse

Declarou não haver

Endereço para correspondência

Ricardo Burg Ceccim

Rua Dr. Raul Moreira, 550 – Cristal

90.820-160 – Porto Alegre – RS

E-mail: burg.ceccim@ufrgs.br