

Para muito além do Programa Mais Médicos

Beyond the *Mais Médicos* (More Doctors) Program

Mário Scheffer¹

Em perspectiva histórica, o artigo localiza o programa Mais Médicos (PMM) em um ponto entre a “continuidade do esforço de consolidação” e o “rompimento com a tradição” das políticas de atenção primária em saúde no Brasil. Os autores apresentam, ainda, “mudanças e diferenças qualitativas” atribuídas ao programa, assim como seus limites e entraves.

O modelo escolhido pelos países para identificar demandas e necessidades de saúde, a forma como buscam a sua explicação e se organizam para enfrentá-las, a arbitragem sobre o que deve ser executado, são formulações de governo que podem ou não ser mediadas pela participação da sociedade, o que requer a submissão a vigorosos mecanismos de democracia sanitária.

Como são diversas as maneiras de estruturar um sistema de saúde, que implicam as variações dos resultados sanitários obtidos, para compreender a implantação e para orientar a avaliação de determinado programa, cabe considerar as motivações de indivíduos e organizações mobilizadas em determinado quadro institucional e político.

Embora com diretrizes e princípios definidos, bases legais, normativas e vasta experiência operacional¹, o Sistema Único de Saúde (SUS), ameaçado por frágil sustentabilidade política e econômica, nem sequer tem a seu favor uma agenda articulada de pesquisas de maior amplitude.

A hipertrofia de estudos avaliativos sobre programas excepcionais contrapõe-se ao não enfrentamento, com os mesmos recursos e determinação, de temas complexos, como a avaliação do desempenho das funções do sistema de saúde diante de constrangimentos financeiros, ou questões originadas, por exemplo, das tensões entre universalismo e segmentação, aguçadas nas releituras sobre as fronteiras da cobertura pública e sobre a licenciosidade dos interesses privados no seio do sistema de saúde brasileiro.

Se não há no horizonte condições materiais nem lideranças ou forças políticas capazes de conduzir medidas estruturantes que façam com que o sistema de saúde responda integralmente às necessidades da população, o surgimento de programas tende a ser sublimado à maior altura.

Um programa pode servir ao sistema universal, ao garantir a efetividade técnica das políticas de

saúde. Na condição de ação reparatória, pode assegurar o acesso prioritário a parcelas da população. Universalização e focalização, seriam, aqui, duas concepções complementares de justiça social². Na história do SUS, porém, vários programas, apesar de ancorados no direito universal previsto no ordenamento constitucional, emergenciais na concepção, desprotegidos de cortes e subtrações orçamentárias, foram marcas passageiras de governos.

Programa de saúde é objeto multidimensional, de múltiplos recortes, que envolve processo complexo de organização de práticas voltadas para a realização de objetivos determinados³, requisitando recursos humanos, materiais e políticos para ações planejadas ao longo de período de tempo definido⁴.

A lei federal 12.871⁵, de 2013, instituiu o programa Mais Médicos (PMM) e seus três macrocomponentes: 1) provisão de médicos em locais desassistidos, 2) expansão da oferta de cursos e vagas de graduação de medicina e residência médica, e 3) novas diretrizes e parâmetros para a formação médica.

A antecipação de qual componente do PMM está sendo tratado, discutido ou avaliado, e a clara explicitação de seu escopo, objetivos e limites, são pontos de partida essenciais.

Premido pela necessidade de legitimação no curto prazo, o PMM ancorou-se em aliança municipalista, em táticas para surpreender adversários, e em avaliação apriorística sobre o alto valor positivo do programa.

No entanto, a aplicação de juízo de valor e as primeiras impressões extraídas de levantamentos improvisados não podem ser confundidas com avaliação. A avaliação não se presta a validar decisões políticas ou técnicas, mas sim a orientar tais decisões e a aprimorar o programa avaliado por meio da apropriação dos resultados do processo avaliativo. Toda avaliação precisa contemplar princípios de utilidade, ética e precisão, valendo-se de parâmetros científicos e técnicos que não devem menosprezar as motivações políticas e o contexto social no qual está inserido o programa avaliado.

Dentre as questões que tantas vezes contaminam percursos metodológicos da avaliação estão a falta de clareza ou a superestimação do que se espera como consequência do programa, e o desejo de medir imediatamente os efeitos a partir

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP. Av. Dr. Arnaldo 455/2º/2166, Cerqueira César. 01246-903 São Paulo SP. mscheffer@usp.br

da convicção, nem sempre confirmada, de que o programa já está adequadamente implantado. Por isso, a avaliação da implantação, o que inclui suas variáveis contextuais, é atualmente uma dimensão valorizada na avaliação de programas de saúde no mundo todo³.

Ao traçar a evolução da atenção primária em saúde (APS) no SUS, ao rememorar programas que a institucionalizaram na década de 1990 – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) – os autores optaram por inscrever o PMM nos esforços de execução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mas também abordam elementos do Mais Médicos que caracterizariam o “rompimento com essa tradição”.

De fato, há contradições. Enquanto o PACS e o PSF galgado a Estratégia Saúde da Família (ESF) pretendem reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, no contexto da expansão de coberturas, da diversificação de serviços, do conjunto de ações de promoção, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, das práticas gerenciais democráticas ancoradas no trabalho em equipe, o PMM mira exclusivamente a oferta e a formação de médicos. Ainda que leve médicos a locais desassistidos e faça aumentar a quantidade desses profissionais no país não resta clara a inserção e o efeito do programa no deslanche da política de atenção primária.

Muito se avançou em termos teóricos e de organização das ações de saúde desde a inflexão histórica do conceito de “cuidados primários” traduzidos como ações técnicas e atos médicos simples, para a noção de “atenção primária”, como nível de atenção ou porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde⁶. Encurtou-se a distância entre a atenção primária seletiva, dada por um programa focalizado em pessoas e regiões pobres, por uma “cesta” restrita de consultas e exames, até a atenção primária ordenadora e coordenadora de uma rede integrada de atenção à saúde⁷.

Mas, pelo visto, não está ainda equacionada a polaridade entre uma atenção básica que chega a negar a essencialidade do médico e outra que promove o centralismo exacerbado desse profissional no cuidado à saúde e no desenho de programas ou respostas assistenciais.

Bem ressaltam os autores, a atenção primária no Brasil expõe diversidades regionais tanto no grau de adesão dos governantes quanto na velocidade de sua expansão nos territórios. O Ministério da Saúde, agente econômico e formulador da política, mantém baixo compromisso em suprir as

limitações dos municípios, em ordenar e qualificar as redes de APS. Experiências de impacto positivo já medido não escondem duras realidades, de insuficiência de pessoal e inadequação de estrutura, de gestão terceirizada e vínculos de trabalho precarizados, de atuação sem população adscrita, focada nas condições agudas, sem coordenação com unidades de pronto-atendimento, de especialidades e hospitais⁸.

O formato dissimulado de contratação dos médicos é uma das limitações do PMM apontada pelo artigo em debate, que menciona ainda a provisoriedade do programa, a priorização da assistência médica, a confissão da ausência de carreiras profissionais para o SUS. Pode-se adicionar o risco de desresponsabilização de municípios na contratação regular de médicos da APS e eventuais fragilidades da espora do programa, o acordo bilateral Brasil-Cuba triangulado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Os autores sublinham como atributo do PMM a indução da oferta e da formação de médicos. A literatura e as experiências de países revelam que a má distribuição e a falta localizada de médicos devem ser enfrentadas pela associação de medidas regulatórias e incentivos, desde a formação inicial, passando pelo recrutamento, até a instalação e a fixação do profissional no local do trabalho. Não há solução única ou duradoura, e são poucas as avaliações metodologicamente sólidas para mensurar e comparar índices de impacto e de custo-efetividade das diferentes iniciativas⁹. Mas, no Brasil e no mundo, programas e políticas de provimento de médicos, de apelo pragmático e alta voltagem política, são concebidas e implementadas mesmo na ausência de provas.

Destacada no artigo, a interiorização de escolas médicas prevista no programa pode não ser principal fator indutor da fixação de médicos nessas localidades. Além disso, o PMM acelerou a privatização do ensino médico no Brasil¹⁰, sem que a ampliação em massa do número de vagas privadas fosse acompanhada de um plano de garantia da qualidade dos cursos e de democratização do ingresso.

O PMM certamente destoa de tentativas anteriores, sobretudo em escala, ao guarnecer tantos municípios e ao prever significativo aumento global de médicos. Contudo, ao vincular tais perspectivas apenas aos esforços de instituições privadas e a iniciativas municipais, restringiu drasticamente as possibilidades de reforma na graduação e o horizonte temporal da vigência do programa. Calculado em termos de gestões que duram apenas quatro anos, o suporte polí-

tico-partidário do programa foi dado por verbas substantivas destinadas à rede de apoiadores, supervisão, capacitação, pesquisa e publicidade.

Se é plausível afirmar que o programa tentou tomar as rédeas da regulação do número total de médicos no país, enfrentou corporações profissionais, acirrando conflitos ideológicos, e restringiu o controle das entidades médicas sobre as residências e especializações, soa demasiada a menção ao PMM enquanto “redefinidor da relação do SUS com a categoria médica”.

A população de mais de 420 mil médicos no Brasil é um mosaico de identidades, perfis e formações, com incontáveis possibilidades de inserção no mercado de trabalho, muitas vezes justapostas e dinâmicas ao longo da vida profissional. Mesmo assim, 73% dos médicos brasileiros trabalham no SUS¹¹ e se relacionam com o sistema público e com seus usuários de várias formas, com maior ou

menor vínculo, tempo, compromisso, capacidade resolutive ou engajamento. Somados, hospitais públicos e rede de atenção primária do SUS são os maiores empregadores de médicos do país.

Formação inadequada, elitismo e escolhas individuais podem afastar médicos da rede pública, ainda mais de pequenos municípios e periferias, mas o que joga papel muito mais decisivo na falta de médicos é o desmonte estrutural do SUS, implodido pelo desfinanciamento público, pelos incentivos ao crescimento do mercado de planos de saúde e pela ampliação subsidiada da rede assistencial privada. As dramáticas filas de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas, geradas pela falta de especialistas na atenção secundária e ambulatorial pública, pelo fato de esses médicos estarem concentrados em consultórios isolados e clínicas privadas, é um exemplo eloquente dos disparates do sistema de saúde brasileiro.

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
2. Kerstenetzky CL. Políticas Sociais: focalização ou universalização? *Rev. Econ. Polit.* 2006; 26(4):564-574.
3. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5):547-549.
4. Teixeira C, organizador. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010.
5. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
6. Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc* 2011; 20(4):837-852.
7. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):21-23.
8. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
9. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. OECD Publishing 2014: *OECD Health Working Papers*, N° 69. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>
10. Scheffer MC, Dal Poz MR. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Human resources for health* 2015; 13:96.
11. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015.