

## Réplica

### Reply

### Respuesta

#### **Do provimento para a produção do encontro no SUS: de que médicos precisamos? Qual saúde desejamos?**

Nossos agradecimentos aos editores e pareceristas da revista, pelo incentivo à ampliação dos diálogos acerca do artigo sobre provimento e fixação de médicos no Brasil, e aos docentes e pesquisadores, Alcindo Antônio Ferla, Lisiane Bôer Possa, Marco Aurelio Da Ros e Laura Feuerwerker, pelas concisas apreciações e agudas reflexões no entorno das dimensões analíticas que circunscrevem o artigo (poder, saber, trabalho e meritocracia), todas com a intenção de iluminar as raízes do problema.

As observações dos debatedores instigam não só reflexões de grande relevância para a questão do provimento e da fixação de médicos no Brasil, mas, também, para uma análise mais cuidadosa, na conjuntura atual, no tocante aos desafios da gestão da educação e do trabalho no ano em que celebramos os 25 anos de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os comentários dos autores/debatedores acima mencionados ressaltaram algumas dimensões das quais não foram tratadas no artigo original, por exemplo, o Programa Mais Médicos, e a vinda de profissionais estrangeiros para o país. Esta estratégia, como parte do planejamento governamental, ampliou o debate sobre provimento de médicos, trazendo vários pontos de vista que divergem no campo do poder e do conjunto de interesses conflitantes - o ponto de vista da corporação que deseja manter sob seu controle a regulação do trabalho médico e, o ponto de vista do governo que decidiu enfrentar o tema, de maneira a produzir uma "desestabilização" do status quo, alterando as relações no campo institucional, da micropolítica e do cuidado em saúde.

Surge, ainda, com mais evidência, a participação da sociedade, por meio dos movimentos sociais que, desta vez, parecem apoiar as medidas do governo.

Os autores convidados a debater concordam com os argumentos apresentados no artigo de que temos um problema de quantidade de médicos e de distribuição, mas acreditam, como nós, que não é apenas o provimento que vai resolver o problema da saúde no país. Da Ros aposta que o problema é qualitativo e quantitativo; Feuerwerker traz o debate da micropolítica; e Ferla e Bôer apontam para a superação do modelo biomédico na perspectiva da regulação. Todos os autores identificam que o modelo de formação atual precisa mudar para uma visão mais ampliada de cuidado.

Feuerwerker propõe que seja ampliada a política de regionalização dos novos cursos e prevalência do público, porque tais cursos, além de proporcionarem oportunidade à população local de concorrer às vagas apresentadas, acabam contribuindo para a efetivação de seus profissionais.

Insiste Da Ros em propostas mais substanciais de provimento, para além do PROVAB, como o Mais Médicos, e faz recordar uma série de iniciativas históricas, apresentadas, também, por nós no artigo, e que buscaram e buscam resolver questões dessa natureza. Vale destacar que, entre as ações propostas no Mais Médicos, a vinda de médicos estrangeiros pode, no nosso entender, trazer importantes contribuições para as regiões brasileiras. Isso se explica, entre outros fatores, pelo compromisso desses profissionais com a Saúde Pública e com a Atenção Básica nos seus locais de origem.

No contexto das grandes conturbações, é possível concordar com Ferla e Bôer, quando destacam que a regulação da formação médica é uma agenda estruturante, mas nosso país ainda não a tratou como tal. Entretanto, são históricas e visíveis as várias tentativas de “resolver” essa questão.

Quanto à linha de raciocínio de Feuerwerker, com quem concordamos em parte, esclarecemos que a contribuição que Foucault (1999, 1998, 1996) traz a esse debate e ao artigo apresentado extrapola a discussão pedagógica. Ela vai para o campo do saber – disciplinar, que ele mesmo define como controle das subjetividades. Isso é evidenciado no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações de trabalho, nas relações com os usuários e no âmbito das universidades no campo da formação.

Esse campo de saber – disciplinar – interfere nas alteridades entre os sujeitos, onde os processos de submissão e sujeição a conceitos, conteúdos e práticas ocorrem no dia a dia e acabam conformando a visão da sociedade sobre o médico, visto hoje, por parte desta, como um ser superior aos outros cidadãos, acima do bem e do mal. Como, então, construir um projeto terapêutico negociado entre o médico, a equipe e o usuário? Na maioria das vezes, a proposta é imposta na perspectiva da adesão ou não do usuário ao tratamento.

A aposta no trabalho vivo proposto por Merhy (2002) e Merhy et al. (2003, 2000), a partir de uma prática centrada no cuidado, e não em procedimentos, rompe com a visão medicalizante, porque acredita na potencialidade do encontro entre sujeitos usuários – trabalhadores, estudante, professor e equipes, entre outros –, a partir do qual todos são capazes de construir os seus modos de existência, seja de sujeição, seja de resistência ou de alteridade.

Essa visão também dialoga com o conceito de meritocracia, identificada como ponto de conflito entre gestores e corporação no PROVAB, e que, hoje, podemos ver sendo disputada na vinda de médicos estrangeiros para o Brasil, mais especificamente os cubanos, nesse caso.

A meritocracia de que estamos falando aqui não é aquela que nos é apresentada por meio de uma visão elitizada, preconceituosa e xenofóbica.

O que propomos é uma meritocracia articulada à experiência de cada um no âmbito do trabalho, por meio do qual os saberes servem como ferramenta (Merhy et al., 2003), e o trabalho pode ser um lugar de criação, de compartilhamento e de aprendizado.

Estamos de acordo com o que afirma Feuerwerker quando assinala a relevância da construção de uma política pública que se desvincule da lógica instrumental. A aposta no reconhecimento e na cooperação, como nos sugere Merhy em palestra proferida no Seminário da Rede Unida em Londrina em 2013, significa uma mudança central nas estruturas de biopoder. Reconhecer que todos são sabidos, que todos fazem gestão, que todos fazem educação, e que precisamos de menos adestramento e mais potencialização dos processos existentes nos territórios. Isso é o próprio conceito de Educação Permanente – construção, negociação, conexão com o outro.

Discordando da corporação, é óbvio que, sem o médico, não conseguiremos assegurar o mínimo de dignidade aos seres humanos, que é o acesso a um médico quando ficam doentes. Mas, não é apenas o fato de termos médicos nas localidades que estamos assegurando práticas cuidadoras e de satisfação dos usuários. Se não alterarmos a formação e o modelo de atenção vigente, talvez tenhamos dificuldades em longo prazo.

A ausência da regulação estatal também tem produzido distorções no processo de formação e de recrutamento do médico para o mercado. Essa é uma pauta necessária, mas, não, pela perspectiva do controle dos sujeitos, e sim pela do controle da lógica privatista que acomete o SUS hoje, interferindo nas escolhas profissionais e na lógica de cuidar. Não passa, apenas, por copiar experiências internacionais e adaptá-las ao Brasil. Antes, é necessário respondermos à questão já apontada por Ferla e Bôer, quando nos instiga indagando de que médicos a sociedade brasileira precisa. Para, assim, desenharmos o modelo de regulação que necessitamos.

E mais, é necessário não perdemos de vista outras questões, como: de que modelo de atenção à saúde estamos falando (Sousa, 2007, 2002) e de quem estão a serviço esses médicos? Com isso, seguiremos ampliando os diálogos, por meio de estudos e pesquisas que venham complementar essa análise, tanto sobre o ponto de vista da reforma do ensino médico, como da educação permanente dos trabalhadores do SUS, para que possamos, em um futuro breve, afirmar os avanços do Brasil na política e gestão do trabalho e da educação na saúde para o seu povo!

## Referências

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

MERHY, E.E. Gestão para a produção do cuidado em redes de atenção à saúde. In: ENCONTRO REGIONAL SUL DA REDE UNIDA, 2013, Londrina. **Palestra ...** Londrina, 2013. Partes 1 e 2. Disponíveis em: <<https://www.dropbox.com/s/mi1vioosy7kblkr/Emerson%20Elias%20Merhy%20-%20Encontro%20Regional%20Sul%20da%20Rede%20Unida%20-%20.mp4>>; <<https://www.dropbox.com/s/qzptbpb4nhh9vpk/Emerson%20Elias%20Merhy%20-%20PARTE%2002%20Encontro%20Regional%20Sul%20da%20Rede%20Unida.mp4>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. et al. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface (Botucatu)**, v.4, n.6, p.109-26, 2000.

SOUSA, M. F. (Org.). **Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica**. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

Recebido em 18/09/13. Aprovado em 25/09/13.