

## **PROGRAMA “MAIS MÉDICOS” NO ÂMBITO E PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DO FOCO AO CONTEXTO.**

ALCIDES S. DE MIRANDA\*

O anúncio de recentes medidas governamentais configuradas no programa "Mais Médicos", lançado recentemente pelo governo federal, tem suscitado muitas polêmicas e promovido acirrados debates. Trata-se da constituição de estratégia institucional que requer melhor análise em contexto situacional, circunstâncias conjunturais e perspectivas de concomitância com outras medidas e cenários futuros. Tendo em vista não somente os investimentos em logística utilitária e assistencial de curto prazo, mas, sobretudo, em seu teor normativo e direcional com potencial estruturante e condicionante para a viabilização efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em princípio, a reiteração da égide pública e do marco normativo constitucional do SUS é significativa para que possamos analisar premissas de coerência, compatibilidade, concomitância e viabilidade acerca das pretensões de abrangência e alcance de quaisquer estratégias institucionais correlatas às políticas públicas de Saúde, anunciadas ou em intercurso. Sob tal contexto normativo e em se tratando de condições reais do SUS, a questão do trabalho profissional médico é de suma importância, mas adquire realce e maior ressonância neste momento porque ingressa conjuntamente na agenda de governo. Ou seja, tal questão é deslocada do limbo de problemáticas difusas e passa a se configurar em conteúdos propositivos de estratégia governamental, a requerer viabilidade política, capacidade operativa e efetividade social. Condição em que, também, motiva reações e provoca mobilizações de atores e grupos-sujeitos implicados em sua trama, com interesses diversos e contraditórios, mas empenhados em intervir no intercurso, itinerário e possível desfecho de tal iniciativa governamental.

De modo aparente, a tendência inicial das reações, mais ou menos críticas, ao programa “Mais Médicos” (marca genérica da nova proposição estratégica governamental) é de polarização, com alinhamentos ou contraposições. Busca-se alinhar argumentações e reverberar discursos práticos em sua defesa e melhor qualificação ou em sua crítica contrária e desqualificação, a depender das interpretações acerca das justificativas em questão e de análises parciais sobre possíveis decorrências e consequências desta estratégia governamental com relação aos interesses implicados. Nestes termos, abundam discursos unívocos, em espírito de corpo, para a motivação e mobilização daqueles com interesses mais intrinsecamente afetados pelas referidas medidas; insinuam-se discursos mais pragmáticos, de cunho pré-eleitoral, para influenciar ou pressionar atores institucionais implicados em sua deliberação; ressoam discursos midiáticos visando a disputa de hegemonia perante a chamada opinião pública.

Levando em conta a questão do trabalho médico no SUS e esta estratégia

---

1 Médico, Professor Universitário. Atualmente Vice-Presidente da Diretoria Nacional do Cebes. Texto autoral.

governamental em pauta, para além dos discursos práticos de ocasião, convém realçar conexões, implicações e demandas mais substanciais, longitudinais e abrangentes, estabelecidas a partir da confluência e concomitância proativa entre políticas públicas, como de Saúde, de Educação e de Responsabilidade Civil.

Considerando que, nas ruas e praças do país, o atual momento de efervescência, reivindicações e mobilizações está a exigir um novo pacto de representações de interesses públicos e de governabilidade civil, convém destacar que a agenda de reformas deveria estar composta com vetores estruturantes para políticas públicas maiúsculas, para além de medidas mais paliativas ou circunstanciais.

Em sendo esta uma conjuntura oportuna para o incremento de políticas maiúsculas de interesse público, uma agenda de estratégias estruturantes para as políticas públicas de Saúde deveria requerer:

- medidas institucionais de garantia efetiva para financiamento estatal viável e estável, visando à preponderância e consolidação do SUS;
- medidas institucionais para estabelecer melhor coerência e maior compatibilidade entre as prioridades de necessidades radicais em Saúde, as condições de acesso, acolhimento, as respostas de serviços e cuidados;
- inovações e investimentos que levem em conta a concomitância de transição demográfica, combinação de condições epidemiológicas (“tripla carga de doenças”) e predominância de condições crônicas de problemas de saúde, com necessidade de vetores estruturantes para incrementar apoio ao autocuidado e reabilitação, com, mais uma vez, o trabalho integrado de equipes multiprofissionais em projetos e processos interdisciplinares;
- a constituição de institucionalidade e gestão efetivamente públicas, sob Controle Social e com gradientes progressivos de democracia participativa;
- a constituição proativa e a busca de viabilização para redes integradas de Seguridade Social, com Atenção e Cuidado integrais à Saúde (Promoção, Proteção, Recuperação com assistência e reabilitação), também com abordagens interdisciplinares e não dependente somente de assistência médica;
- maior ênfase na viabilização e consolidação de estratégias programáticas de âmbito local, vivencial (como a Atenção Primária à Saúde), com efetiva capacidade de vinculação, responsabilização e coordenação do SUS, mais uma vez, a partir do trabalho interdisciplinar de equipes multiprofissionais;
- medidas institucionais orientadas para a garantia de ambientes e condições dignas de trabalho profissional, de remuneração justa, de carreira e progressão funcional, de educação permanente, de vinculação e comprometimento dos trabalhadores com o interesse público; além de
- outras tantas estratégias e medidas institucionais de caráter ou derivações mais estruturantes e constituintes para o SUS.

Enfim, um conjunto de proposições estratégicas estruturantes que, embora genéricas e abrangentes, mesmo quando imbricadas e concomitantes, estão a requerer inclusão e ênfase em agenda de política de Estado, estão a requerer medidas governamentais concretas e alinhadas.

Na presente conjuntura, como a agenda governamental se apresenta reduzida, centrada e focada na questão do trabalho médico no âmbito do SUS, em estratégia institucional parcial e específica, resta analisar qual é a sua perspectiva estruturante, qual a sua potencialidade concomitante e simbiótica para com outras estratégias pendentes e afins, em horizontes mais abrangentes e tempos de médio e longo prazo.

O fato do programa “Mais Médicos” ser apresentado como veículo para estratégia de caráter emergencial, visando importação e fixação temporária de mão-de-obra médica para a garantia deste atendimento profissional em locais abandonados ou carentes, não o exime do viés de medida paliativa. Embora saibamos que se trate de iniciativa circunstancialmente necessária e que, concomitantemente, tende a aportar outros investimentos e medidas estruturantes para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil; resta questionar acerca de outras medidas efetivamente estruturantes para a fixação e qualificação deste trabalho profissional, quando integrado em equipes multiprofissionais e interdisciplinares orientadas, não somente para a assistência clínica ocasional (de passagem) e reativa (“pronto atendimento”), mas, sobretudo, para a produção de vínculo longitudinal e apoio integrado.

De fato, existe carência de médicos e dificuldades para a sua fixação em serviços públicos de Saúde nas diversas periferias do país. Periferias dos grandes centros urbanos, periferias distantes e de menor densidade populacional, periferias desprezíveis para o mercado assistencial, periferias desimportantes para o desenvolvimento do grande capital... As possíveis explicações para este fenômeno são diversas e variadas, em sua maior parte referidas ao âmbito e setor público. São referidas diversas dificuldades relacionadas com condições estruturais, mínimas ou razoáveis, de trabalho profissional e suporte ao exercício de atividades clínicas, interferências na autonomia profissional (clientelismos, interferências político-partidárias etc.), ausência de estabilidade e progressão funcional etc. Além de dificuldades relacionadas ao *modus vivendi* nestes locais e condições (insegurança em periferias urbanas, isolamento e grandes distâncias em periferias semirurais etc.).

A depender da fonte de dados, a média nacional de oferta de médicos para cada 1.000 hab. varia entre 1,5 e 1,8, se considerados os médicos com algum vínculo para com o SUS, tal média pode variar de 1,1 a 1,3, menor do que as médias na maior parte dos países da América Latina. Mais especificamente nos municípios com menos de 25.000 hab. esta oferta média cai para aprox. 0,5 médicos por 1.000 habitantes, entretanto, nesta faixa populacional cerca de 98% dos médicos possuem vínculo de trabalho com o SUS, em sua maior parte, com vínculo empregatício precário e inserção em serviços de APS. Nestes municípios com menores populações, fixar e dispor de profissionais médicos, como também de outros profissionais de Saúde, mesmo que transitoriamente, tende a ser um investimento estruturante diretamente vinculado ao SUS e na APS. Daí, porque, as questões estruturantes-concomitantes, que se imiscuem na iniciativa de dispor de trabalho médico nestes locais, requerem respostas sobre como estabelecer oferta de trabalho profissional com rotatividade parcial e constituição de vínculo na perspectiva da APS. Mais uma vez, as possíveis respostas passam pela construção de alternativas de trabalho multiprofissional e interdisciplinar,

O fenômeno da distribuição e oferta de trabalho médico no país também pode ser realçado por outro ângulo: a disponibilidade desigual entre os setores público e privado. Enquanto em 2011, no Brasil, havia uma média aproximada 1,9 postos de trabalho médico ocupados no setor público para cada 1.000 habitantes, no setor privado esta média era de 7,6 postos de trabalho médico ocupados para cada 1.000 usuários de operadoras de Planos de Saúde (Scheffer et. al., 2011)<sup>2</sup>; quando, no caso, o denominador da oferta mais geral é a população que depende exclusivamente do SUS a discrepância aumenta significativamente.

Embora facilmente constatáveis, as desigualdades na distribuição de oferta e fixação de postos de trabalho médico entre o setor público e o privado não podem ser explicadas de forma simplista, pois derivam de um conjunto de fatores imbricados. O que pode e deve ser hipoteticamente realçado é que a variável de vínculo médico, concomitante e duplamente parcial, ao mercado e ao SUS, parece estar mais evidentemente associada ao fenômeno de distribuição destes profissionais. Como esta dupla e dúbia vinculação é mais factível em municípios mais densamente povoados, com a existência de mercado de consumo de procedimentos médicos concomitante ao SUS (complementares, suplementares ao mesmo... e/ou parcialmente parasitários), ali a fixação se torna mais atraente. Ou seja, a variável que parece melhor georreferenciar os vazios de presença ou fixação médica está associada às periferias de quase-mercados, ou aos não-mercados, locais onde é mais difícil a dupla vinculação destes profissionais médicos.

Considerada a parcialidade de vinculação com o setor privado, mesmo com a permanência de forte indução ideológica, de cunho profissional liberal (desde o processo de graduação e pós-graduação em Medicina), denota-se a preponderância de vínculo e dependência dos postos de trabalho médico para com empresas e operadoras de Planos de Saúde e, mais recentemente, com operadoras de agenciamento público (Organizações Sociais, OSCIP's e congêneres). Ou seja, a expectativa de autonomia profissional, nos moldes do discurso profissional liberal, se expressa muito mais como ideologia em viés de falsa consciência. Entretanto, ao que parece, levando-se em conta mais o horizonte particular e corporativo do trabalho médico, tal pendor ideológico ainda é suficientemente robusto para provocar maior afinidade com a condição de semi-autonomia constrangida em mercado empresarial e para (re)produzir preconceito e temor ante o risco, do que alguns médicos costumam qualificar como um regime de “semi-escravidão” no setor público.

O tão caro preceito de “autonomia profissional”, substrato de ideologia liberal, termina por servir de inspiração e falsa consciência para um trabalho médico que, nas atuais condições de mercado profissional, está muito mais restrito e constrangido pelas empresas e operadoras de Planos de Saúde. A ânsia de liberalismo profissional é suplantada pelo pragmatismo do liberalismo empresarial, mas permanece como ilusão ideológica a inspirar preconceitos sobre o SUS. A condição ambivalente de duplo vínculo

---

2 Scheffer, M. (Coord.) et. al. Demografia Médica no Brasil. São Paulo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. 2011. 118p.

parcial, mercado e SUS, tem engendrado o pior dos dois mundos, pois se configura como ambiguidade (“duplo vínculo”, “dupla porta” etc.) e promove tensão privatizante nas instituições públicas de Saúde. Muitas vezes, o vínculo parcial com o SUS passa a ser visto por alguns médicos como um “mal necessário” e a ser tratado como instância de oportunidade para o agenciamento cruzado entre as esferas pública e privada (seleção e clientela, agenciamento e transferência ao SUS de procedimentos onerosos etc.). De todo o modo, torna-se imprescindível lidar com tal vertente privatizante e viés de inspiração ideológica, para entender melhor o contexto situacional.

Em tal perspectiva, o SUS “periférico” tende a ser “colonizado” como conveniente entreposto de intercâmbio, ou tráfico, de conveniências entre setor privado e público, que pode, inclusive, ser interessante para fixar profissionais médicos movidos por interesses particulares e corporativos, orientados pelo e para o mercado de consumo de procedimentos assistenciais. Resta considerar se a fixação de profissionais médicos em tal perspectiva, sem outras condições estruturantes em termos de garantias de direitos sociais e interesses públicos, seria compatível e coerente para a consolidação da política pública de Saúde.

O mesmo se pode considerar da perspectiva do SUS “periférico” como rito de passagem de estudantes ou egressos dos cursos de Saúde.

Assim como outra medida governamental anterior, a do “Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica” (PROVAB), a proposição contida no programa “Mais Médicos”, que inclui na agenda governamental a questão do Serviço Civil (embora, assim não queiram denomina-lo) implica em potencial caráter estratégico-estruturante. A estratégia institucional contida no PROVAB visa indução governamental a um tipo de Serviço Civil voluntário, com o trabalho de passagem e (con)vivência de egressos dos cursos de graduação de Medicina em serviços de Atenção Básica/Primária de Saúde. A estratégia institucional contida no programa “Mais Médicos” visa a passagem obrigatória de ensino-aprendizado, (con)vivência e imersão de estudantes de Medicina em serviços do SUS, a partir da extensão do tempo de graduação. Ambas as medidas, pelo referido potencial caráter estratégico estruturante, possuem longo lastro de discussões, argumentações justificativas e deliberações em instâncias nacionais de Controle Social (Conferências e Conselho Nacional de Saúde). Também, ambas, suscitam reações mais enfáticas, pois implicam substancialmente em contradições e conflitos entre expectativas ou interesses particulares (privados, corporativos etc.) e públicos.

As justificativas mais plausíveis para a legitimidade em se institucionalizar o estatuto de Imersão Civil para estudantes e Serviço Civil para egressos de todos os cursos e áreas de formação universitária (não somente a Medicina), em (con)vivência e exercício de práxis nos serviços públicos, amparam-se em premissas, expectativas e perspectivas de interesse público. A principal premissa está referida à necessidade de efetiva inserção dos (futuros) profissionais em processos e práticas de ensino-aprendizagem nas redes de serviços públicos, em condições reais, de modo a se produzir transformações mútuas, concomitantes (nos cursos e serviços), imbricadas e coerentes com as necessidades e desejos sociais. Tais imersões ou serviços civis se justificam como modos e meios de comprometimento, responsabilização e retorno (não necessariamente resgate) da parte

dos formandos e profissionais formados à custa de investimentos públicos diretos e indiretos (subsídios, subvenções, isenções, renúncias ou descontos fiscais para o ensino privado). Há premissa de responsabilidades civis e expectativa de retornos sociais, como também, perspectivas promissoras de sensibilização (con)vivencial e potencialização didática e pedagógica, de natureza praxiológica.

A quem não interessa este tipo de estratégia estruturante com Imersão ou Serviço Civil, amparada em maior comprometimento e melhor responsabilização do ensino universitário (de e entre a graduação e pós-graduação), de seus estudantes e egressos? Podemos facilmente imaginar alguns estereótipos de (grupos)atores e instituições com (dis)posições contrárias. Entretanto, conforme as justificativas são apresentadas em termos genéricos, dificilmente algum (grupo)ator ou instituição se postaria discursivamente em contrário, pois as contraposições tendem a emergir quando tais proposições adquirem materialidade e maior especificidade (como na forma de uma estratégia institucional em agenda governamental).

No caso das medidas constantes no programa "Mais Médicos", os dirigentes das instituições de representação de interesses da categoria médica reagem mais fortemente. Do mesmo modo, tal reação repercute, reverbera e mobiliza a maior parte dos profissionais e estudantes de Medicina. Aparentemente, sem adentrar em discussões mais elaboradas acerca de contextos abrangentes e perspectivas estratégicas de maior amplitude, buscam acusar o governo de oportunismo eleitoral e desqualificar as medidas anunciadas que, entendem, são inócuas e contraproducentes. Buscam apresentar como alternativa de estratégia estruturante a criação de um plano de Carreira Estatal para Médicos (para a melhor distribuição, fixação, progressão etc.). Buscam justificar a problemática de ausência ou insuficiência de médicos em serviços do SUS, a partir da insuficiência de remuneração considerada mínima, da inexistência ou insuficiência de condições (infra)estruturais minimamente razoáveis para o exercício do trabalho clínico. Buscam evidenciar o relevo simbólico de seu "carisma institucionalizado" e o "complexo de superioridade" de sua força de trabalho, enquanto, para consumo interno em âmbito e espírito mais corporativos, alguns enfatizam o discurso de "perseguição esquerdista" e "vitimização" de dignidade profissional. Abordagens e discursos mais corporativos que exacerbam e disseminam rapidamente tensões de polarização (principalmente, para com outras corporações profissionais), permeadas de disposições rancorosas e profusões mais adjetivas, dificultando a ênfase no foco primordial e contexto da problemática em questão.

Tanto a viabilização de uma carreira estatal única para profissionais do SUS (não somente médicos), como a melhoria de condições (infra)estruturais e de trabalho, integram o rol de medidas mais estruturantes que não podem ser antepostas como condições prévias para a inserção de Imersão ou Serviço Civil na rede de serviços, sobretudo, aqueles serviços mais periféricos e prejudicados. Antes, trata-se de inserir os estudantes e egressos de cursos da Saúde para participar e lutar por estas conquistas. As condições propícias de trabalho e atenção à saúde fazem parte da agenda de lutas de quem se dispõe a tal desafio e suas deficiências não podem servir para justificar a inoperância e mascarar preconceitos. Trata-se de Imersão e Serviço Civil no SUS real, para se lutar em sua construção e consolidação; não da exigência de garantias prévias de um

SUS razoavelmente ou minimamente ideal, para se justificar o estado de coisas em circuito vicioso.

As outras estratégias estruturantes que implicam em viabilização de carreira profissional comprometida com o SUS, em melhoria de condições de atendimento e trabalho, devem ser concomitantes e não “alternativas” ou exigências prévias.

Em se tratando de determinado senso comum, o pior escândalo para o senso comum da maioria dos médicos, que se projeta em perspectiva para estudantes de Medicina, é perceber imposições explícitas perante a sua pretensa “autonomia profissional”. Em parte, as medidas governamentais, em questão, provocam repulsa porque têm implicações viscerais perante este senso comum de “autonomia” referenciado em ideologia profissional liberal. É notório como tal indisposição busca abrigo em motivações desta natureza, mas se expressa sobretudo na transferência de responsabilidades ao(s) governo(s) para a garantia prévia de condições mínimas ou ideais para o trabalho na esfera pública.

No intercurso do Ensino Médico a ideologia profissional liberal é hegemônica e orienta a formação mais especializada para os valores de mercado e os preconceitos para com o SUS. A passagem de estudantes em estágios por serviços do SUS, notadamente aqueles de Atenção Primária à Saúde, costumam revelar mal disfarçadas indisposições e contidos preconceitos. Nestes processos de formação, muito pouco se tem investido para estimular a integração dos estudantes e profissionais de Medicina em trabalhos de equipe, multiprofissionais e interdisciplinares. Daí, porque, reformas do Ensino Médico, para ingressos, intercursos e egressos, estruturantes e orientadas para (con)vivências e imersões no SUS, podem ter grande valia para o desvendamento ideológico e melhor compromisso profissional com o interesse público.

Ainda, nos cursos médicos persiste a exiguidade de investimentos pedagógicos para uma melhor inserção do estudante no trabalho conjunto em equipes multiprofissionais, em esforços e exercícios de interação e interdisciplinaridade. Antes, cultivava-se certo complexo de superioridade que induz a uma postura hierarquizada, conduta prepotente e comportamento pouco dialógico. As possibilidades de melhor interação e interatividade entre estudantes e profissionais de varias áreas e origens, de melhor desenvolvimento de mútuas competências dialógicas e ações comunicativas, poderiam ser melhor catalisadas em campo ampliado de serviços do SUS, para além de nichos protegidos em viés de poder médico ou passagens eventuais fora destes espaços.

Nas especializações, notadamente de Residências Médicas, há evidente apropriação corporativa, que controla e regula, ante a debilidade e indulgência do Estado, a oferta de especialistas médicos, de acordo com as conveniências de nichos de mercado e não, propriamente, com as necessidades sociais. Nestes casos, além de maior proatividade estatal na definição e oferta de vagas para especializações, uma indução do serviço civil no âmbito SUS como pré-requisito de ingresso nas Residências Médicas, também poderia ser de grande valia para o melhor entendimento de futuros especialistas acerca das condições reais dos serviços públicos de Saúde.

Em se tratando de outra questão afim ao trabalho médico, a demanda e tratativas pela legalização do chamado “Ato Médico” revelam como a representação de interesses

particulares desta categoria profissional se empenha em, não somente regulamentar o entorno e contornos de suas práticas, mas, principalmente, estabelecer cláusulas de exclusividade sobre prerrogativas de biopoder. De início, há nesta pretensão de exclusividade uma redução da complexidade do cuidado integral (que requer projetos e convivências multiprofissionais e interdisciplinares, integração de saberes, além daqueles com estatuto de cientificidade...) para a assistência clínica biotecnológica de enfoque fragmentar e cunho neopositivista, sob a hierarquia do poder técnico dos médicos. Claro, mais explicitamente há também a tentativa de resguardo de prerrogativas deste campo profissional, conquistadas ao longo da história, perante o avanço e ameaça de interposições, geradas por novas categorias e práticas profissionais. Garantir legalmente exclusividade ou monopólio em prerrogativas de diagnóstico, prescrição, intervenções sobre o corpo (humano e social), significa reiterar a normalização de disciplinaridade que se expressa em biopoder e manutenção de hierarquia profissional perante o campo mais amplo de trabalho em Saúde.

Obviamente que outras categorias profissionais de Saúde têm reagido contrariamente à iniciativa de legalização do “Ato Médico”. Muitas vezes, com preocupações mais focadas na disputa deste biopoder e sobre as eventuais decorrências em termos de loteamentos de nichos no mercado concorrencial de trabalho. Ou seja, trata-se muitas vezes de mobilizações e disputas intercorporativa em torno da mesma lógica hegemônica e suas dinâmicas de ajuste.

É importante frisar que o tráfico, os vícios e vieses de interesses corporativos, a reivindicar estatuto de universalidade e de interesse público, não são exclusivos da categoria médica. Uma análise mais apurada acerca de algumas demandas mais corporativas de outras categorias profissionais revela problemáticas assemelhadas ou congêneres. O que reforça a necessidade de definição e tratativa estratégica, mais ampla e abrangente, sobre os processos e práticas de trabalho no SUS. Discutir e definir melhor os entornos, contornos e prerrogativas de práticas profissionais na perspectiva de Atenção e Cuidados Integrais implicam substancialmente em interações mais dialógicas e agregação de valores éticos-sociais, orientados pela preponderância interesse público.

Em todo o caso, são as questões referentes ao trabalho médico que agora estão na berlinda. Cabe a todos nós a tarefa e responsabilidade de contextualizar melhor tal foco, de modo a não permitir sua redução ao viés de adjetivações e polarizações intercorporativas e, ao mesmo tempo, aproveitar melhor a sua inclusão em agenda que necessita consubstanciação estratégica.