

A questão da saúde no Brasil: uma visão crítica

Antônio Celso Alves Pereira



Professor de Direito Internacional Público e ex-Reitor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Professor de Relações Internacionais da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Presidente da Sociedade Brasileira de Direito Internacional.

Desde os primeiros meses de 2013, um recorrente debate político, consequente do lançamento pelo governo federal do Programa “Mais Médicos”, está na ordem do dia da grande mídia, centraliza as atenções das forças políticas, dos meios acadêmicos e de todos os segmentos da vida nacional, em decorrência da importância do tema para mais de 70% da população brasileira que depende do Sistema Único de Saúde (SUS), para receber atendimento médico-hospitalar. O SUS conforma um sistema de saúde pública ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, assistência que vai do simples atendimento ambulatorial aos procedimentos de alta complexidade técnico-científica. Foi criado pela Constituição Federal de 1988, cujo art. 196 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado¹. Teoricamente, o SUS constitui um sistema de saúde muito bem formulado, com louváveis fundamentos democráticos. Entretanto, dificuldades estruturais e políticas oriundas de vários fatores, que serão sublinhados ao longo desta

exposição, têm impedido o sistema de funcionar adequadamente, estando hoje mergulhado em verdadeiro caos administrativo e operacional. Mesmo assim, das constantes greves de funcionários administrativos e de médicos, da falta de recursos suficientes para universalizar o atendimento médico ambulatorial e hospitalar em um espaço continental, como o Brasil, marcado por gravíssimas disparidades socioeconômicas regionais, o sistema vem prestando inegáveis serviços à população brasileira, com sucessos pontuais não somente no campo da atenção básica à saúde e na saúde preventiva, como as vacinações em massa – o Brasil é o País que mais vacina no mundo –, como também nos procedimentos de alta complexidade, e, especialmente, nos denominados Programas Especiais. Nesse setor, o Brasil criou programas que são hoje referências mundiais, como o de combate e tratamento da AIDS e o Compromisso com a Sobrevivência Infantil, no âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF), cujos resultados propiciaram ao Brasil cumprir uma das Metas do Milênio das Nações Unidas, a de número 4 – reduzir a mortalidade infantil até 2015. Segundo um Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), publicado em 14 de setembro de 2013, o índice de mortalidade infantil no País caiu 77%, entre 1990 e 2012, numa média anual de 6,6%, superior à média mundial de 2,9%. Em 1990, a taxa de mortalidade de crianças até cinco anos era de 62 mortes em cada mil nascimentos; em 2000, caiu para 33 óbitos e, em 2012, para 14 mortos.²

O programa denominado Atenção Básica à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo SUS. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde. Por outro lado, os chamados procedimentos de

alta complexidade, que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, constituem atendimentos em traumatologia-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica. Outros dois programas compõem o quadro de atendimentos do SUS: os chamados procedimentos de média complexidade, cujo objetivo concentra-se no oferecimento de serviços, como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade.

O Programa de Saúde da Família conforma a estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio. O Programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Cada equipe (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) deve atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas em determinada área geográfica, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade. Implantado no Brasil, em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família é visto hoje como uma “Estratégia de Saúde da Família”, por não se tratar mais apenas de um “programa”, mas, sim, de fato, de uma “estratégia” voltada à reversão das políticas de saúde que privilegiam o atendimento emergencial em grandes unidades hospitalares. Busca, nessa perspectiva, direcionar-se para a família, em seu ambiente doméstico.

Vale lembrar que, até a Constituição de 2008, o atendimento médico ambulatorial e hospitalar, de qualquer natureza no Brasil, era altamente discriminatório, injusto, portanto, com a maior parte da nossa população. Nesse contexto, os brasileiros estavam divididos em três cate-

gorias: os que possuíam condições de arcar com os custos dos tratamentos, ou recebiam atendimento via convênios com instituições médico-hospitalares; os que podiam recorrer aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, por serem contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e, por fim, aqueles que, sem quaisquer condições para custear tratamento médico, recorriam às instituições filantrópicas que ofereciam tais serviços.

Os números do SUS, segundo dados do Ministério da Saúde, embora impressionantes, não são ainda suficientes para atender adequadamente à grande demanda: 63 mil unidades ambulatoriais com 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais; seis mil hospitais com 342 mil leitos; 45 mil unidades de atenção primária; e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF); em termos anuais, 11 milhões de internações, um bilhão de procedimentos de atenção básica à saúde, 531 milhões de consultas médicas, dois milhões de partos, trezentos milhões de exames laboratoriais, e 14 mil transplantes de órgãos. O Sistema Único de Saúde também é considerado o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo, além de responder por 98% do mercado de vacinas e por 97% dos procedimentos de quimioterapia. Entre os anos de 2010 e 2012, foram feitos 32,8 milhões de procedimentos oncológicos, entre os quais quimioterapia e radiografia.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 197, ao afirmar a relevância pública das ações e dos serviços de saúde, conferiu competência ao Poder Público para, nos termos da lei, estabelecer sua regulamentação, fiscalização e controle, “devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Nessa mesma linha, no art. 199, dispõe que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, e, com isso, criou, conforme o § 1º desse artigo, o sistema privado de saúde comple-

mentar ao SUS, que deve funcionar segundo diretrizes legais, por meio das operadoras de planos e seguros-saúde, sob o controle da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As operadoras de planos de saúde vêm surfando na melhoria da renda dos brasileiros, que cada vez mais contratam seus serviços. Segundo pesquisa do Datafolha, encomendada pela ANS, publicada em 14 de agosto de 2013, “ter plano de saúde é o terceiro maior desejo dos brasileiros, depois da casa própria e da educação”. Entretanto, o atendimento aos usuários piora dia a dia, o que não deveria acontecer na rede privada. Em comparação a 2010, em 2011, a receita das operadoras da saúde complementar cresceu em 11,5%, tendo alcançado no ano passado 84 bilhões de reais e, em 2012, os planos faturaram 93 bilhões de reais. Segundo denúncias de especialistas em saúde coletiva, a corrupção grassa na saúde complementar. Os professores Ligia Bahia, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e Mário Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em artigo na *Folha de S. Paulo*, edição de 24 de julho de 2013, publicado na seção *Opinião*, página A3, destacam que “desde a sua criação, há 13 anos, a Agência Nacional de Saúde Complementar foi capturada pelo mercado que ela devia fiscalizar”. Os autores denunciam essa relação promíscua entre as operadoras de planos de saúde e a ANS, apontando que “em 2010 as operadoras ajudaram na eleição de 38 deputados federais, três senadores, além de quatro governadores e da própria presidente da República. Da empresa que doou 1 milhão de reais para a campanha de Dilma Rousseff, saiu o nome do que presidiu a ANS até 2012. O plano que doou 100 mil reais para eleger um governador da base do governo emplacou um diretor, que acaba de ser reconduzido ao cargo”.

No debate que, desde a eclosão dos protestos de junho de 2013, travam o governo e as entidades médicas, os dois lados reduzem a complexa situação da saúde no Brasil à falta, ou não, de médicos. Pelo conteúdo social e humanitário do seu tema, o embate deveria estar concentrado em questões técnicas e discutido com serenidade; porém, lamentavelmente, se expressa pelo confronto entre o oportunismo ideológico e eleitoreiro do governo federal e os interesses dos médicos, representados por suas lideranças corporativas e sindicais, quais sejam, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e a Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR). Maria Helena Machado, em excelente texto sobre o exercício da medicina no Brasil, publicado pela Fiocruz, em 1997, mas de absoluta atualidade, ao analisar as características sociológicas da profissão médica, chama a atenção para o fato de que a especialização decorrente das conquistas científicas e tecnológicas no campo da medicina, a partir do fim da II Guerra Mundial, provocou uma divisão social do trabalho médico e transformou a atividade médica em um dos mais importantes fatores da economia do Ocidente. Esse fato levou à abertura de novos mercados, novas especialidades e novas profissões, que produziram um acúmulo considerável de poder de decisão nas mãos dos médicos, ou seja, no que se refere à formulação de políticas de saúde. “Aos médicos” – diz a autora –, “o poder da saúde”. “É relativamente recente” – lembra a autora –, “o fato de que a sociedade passou a contar com médicos especializados em unidades intensivas e em diagnósticos de imagem (ultrassonografia, ressonância magnética, mamografia, entre outros)”. Especialidades médicas como a oftalmologia, por exemplo, transformaram-se em atividades altamente tecnificadas. Da mesma forma, “com o desenvolvimento dos diagnósticos das doenças do coração, várias subespecialidades passaram a vigorar no quadro dos serviços altamente especializados

oferecidos ao consumidor”. Tais realidades fizeram da medicina uma profissão muito bem-sucedida em seu projeto de controle do mercado e de obtenção de prestígio social e político. Esta análise, acreditamos, explica muito bem a posição dos médicos brasileiros em relação ao Programa “Mais Médicos”.

Na contenda entre a corporação médica e o governo, verificamos que, em meio a tudo, no fogo cruzado entre médicos sindicalistas e ideólogos petistas, estão os usuários do SUS, principalmente os residentes em localidades que não dispõem de nenhum médico e aguardam o desfecho desta queda de braço, na esperança de que sejam contemplados com a designação de algum profissional selecionado pelo Programa “Mais Médicos” para seus municípios. Entretanto, pelo que se sabe, não basta apenas a designação dos médicos para tais localidades. Nessa briga, que é alimentada por ações judiciais nas quais estão envolvidos o Conselho Federal e os Conselhos Estaduais de Medicina, os Ministérios da Saúde e da Educação e os Ministérios Públicos da União e dos Estados, entraram também na querela enfermeiros e odontólogos, como se verá adiante, tumultuando mais o ringue e ampliando o caos reinante na saúde pública brasileira. No tumulto das relações dos médicos com o governo, outro fator está contribuindo para agravar o dissenso. Trata-se da Lei 12.842, ou Lei do Ato Médico, sancionada em 11 de julho de 2012, pela presidente Dilma, instrumento que regulamenta a atividade médica no País. Tramitou por 11 anos no Congresso Nacional. A decisão da presidente de vetar dez artigos da Lei enfureceu as representações dos médicos. O presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), Renato Azevedo Júnior, diz que, como está, a lei é inútil e sem sentido. O art. 4º, que define atividades que seriam reservadas aos médicos, teve nove trechos vetados. Segundo o *Blog*

do Planalto, o texto original inviabilizaria ações definidas em protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas no SUS e, da forma como foi redigido, um dos trechos vetados – o que previa que o diagnóstico e o tratamento fossem feitos exclusivamente por médicos –, “impediria a continuidade de inúmeros programas do SUS, que funcionam a partir da atuação integrada dos profissionais de saúde, contando, inclusive, com a realização do diagnóstico nosológico por profissionais de outras áreas que não a médica”. Ainda segundo o *Blog*, é o caso de programas de prevenção e controle da malária, tuberculose, hanseníase e de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Assim, segundo a Presidência da República, “a sanção do texto original colocaria em risco as políticas públicas da área de saúde, além de introduzir elevado risco de judicialização da matéria”. Também foi vetado um ponto do art. 5º da Lei, que restringia o acesso a cargos de direção e chefia de serviços médicos apenas a esta categoria, impedindo que eles fossem assumidos por outros profissionais da saúde, como enfermeiros. Para o governo federal, ao não incluir uma definição precisa do que seriam “serviços médicos”, a lei geraria insegurança sobre a sua aplicação. “O Poder Executivo apresentará uma nova proposta que preservará a lógica do texto, mas conceituará o termo de forma clara”, esclareceu a presidente no seu *Blog*. As representações sindicais e corporativas estão em plena campanha para derrubar os vetos. E para completar, começaram também uma briga com os farmacêuticos. O Conselho Federal de Medicina anunciou, no dia 26 de setembro de 2013, que proporia uma ação judicial contestando a resolução do Conselho Federal de Farmácia, que permite ao farmacêutico receitar medicamentos isentos de prescrição médica. Por sua vez, odontólogos, pela voz do presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, em artigo publicado na *Folha de S. Paulo*, em 14 de agosto de 2013, entrou também na polêmica,

afirmando que os dentistas que trabalham no SUS não recebem remuneração condizente com a relevância do trabalho que executam e, que até agora, o SUS não conseguiu consolidar a sua natureza multidisciplinar, fato fundamental para valorizar o papel de todos os profissionais da saúde no contexto do Sistema Único. E, com razão, diz que estão enganados todos aqueles para os quais “o conceito de saúde é sinônimo de acesso à assistência médica”. “A promoção da saúde e a prevenção das doenças” – afirma –, “é resultado de todo o seu organismo, incluindo aí, a saúde bucal”. Encerra o artigo pedindo imediata abertura de diálogo com o governo para discutir o assunto.

Os Conselhos Regionais de Medicina criaram todo o tipo de obstáculos para conceder o registro provisório, por três anos, aos médicos selecionados pelo Programa “Mais Médicos”, sem realização do exame de revalidação do curso de Medicina feito no exterior, como dispõe a Medida Provisória nº 621, de 2013, que criou o Programa. A reação da corporação foi de tal ordem, que o presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Alexandre Gustavo Bley, renunciou ao cargo para não ser pessoalmente responsável pela concessão do registro provisório aos médicos selecionados para trabalhar no seu estado, sem prestação do Revalida,³ que é a prova criada, em 2010, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, para simplificar o processo de reconhecimento de diplomas de Medicina obtidos, por nacionais e estrangeiros, nas instituições de ensino médico do exterior. Antes do Revalida, somente as universidades públicas brasileiras que ofereciam cursos de graduação em Medicina podiam reconhecer os diplomas, conforme dispõe a Lei 9.394, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. As universidades que não aderiam ao Revalida continuarão com poder para reconhecer os diplomas, de qualquer área, obtidos no exterior. Para se ter uma ideia do rigor do Revalida, em 2010, primeiro ano em que foi aplicada a

prova, inscreveram-se 628 candidatos, 281 fizeram o exame e somente dois foram aprovados. Segundo o Ministério da Educação (MEC), em 2012, 884 médicos oriundos de várias partes do mundo se inscreveram para o Revalida, e apenas 77 (menos de 9%) conseguiram a aprovação no exame. Brasileiros formados no exterior conformaram a grande maioria dos inscritos (560), mas apenas 7% dos candidatos foram aprovados (42). O Brasil ficou na sexta colocação no ranking de índices de aprovação. Os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep)/MEC sobre as provas aplicadas em 2012 indicam que os cursos de Medicina de Portugal são os que melhor preparam, segundo dados do Revalida. Em 2011, dos oito diplomados naquele país, inscritos na prova, três conseguiram passar, o equivalente a 37%. Em relação aos inscritos oriundos de outros países, os que obtiveram o maior êxito neste quesito foram Venezuela (27% de sete inscritos) e Cuba (25% de 16 inscritos). A Argentina teve dez inscritos, com somente dois aprovados. Nenhum candidato com nacionalidade de países da Ásia, África ou América do Norte conseguiu passar na prova do MEC. O argumento usado pelo Ministério da Saúde para justificar a não aplicação do Revalida aos médicos inscritos no “Mais Médicos”, formados no exterior, se expressa no fato de que, se lhes fosse aplicado o exame, os aprovados poderiam exercer a profissão em qualquer parte do Brasil e, assim, não ficariam nos bairros pobres, fato que inviabilizaria o Programa. De acordo com a Medida Provisória que instituiu o “Mais Médicos”, os selecionados ficarão sob tutela e supervisão de professores das Faculdades Federais de Medicina, atividades que serão exercidas a distância, por telefone, pela internet e mediante visitas dos tutores, que receberão bolsa de 5 mil reais mensais. Das 46 universidades federais com cursos de Medicina, 13 se negam a indicar tutores, sob

a alegação da falta do Revalida e de total desconhecimento de dados objetivos sobre a responsabilidade que os tutores terão sobre os participantes do “Mais Médicos”. Sob o prisma político, não se pode deixar de observar o fato de que o mencionado Programa começou a ser projetado no início de 2013, às pressas, portanto, sem maior planejamento e sem qualquer discussão com as associações representativas da categoria. O governo federal há muito vinha discutindo com as entidades representativas dos médicos, no âmbito das dez Comissões Temáticas, e os grupos de trabalho das áreas da saúde e da educação, formadas com essa finalidade, questões importantes para a saúde no Brasil, como a lista dos procedimentos ofertados pelos planos de saúde, a questão do ensino e da residência médica, o funcionamento e as questões gerais ligadas ao Conselho Nacional de Saúde, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), iniciativa muito interessante e, em parte, semelhante ao “Mais Médicos”, na medida em que está voltado à fixação de médicos no interior do País e nas periferias das grandes cidades. Falaremos dele mais adiante. Mas eis que de repente, sem qualquer consulta às entidades médicas, o governo federal lançou, de forma unilateral e autoritária, o Programa “Mais Médicos”. Com razão, as representações dos médicos romperam o diálogo com o governo e se retiraram das mencionadas Comissões Temáticas. Da mesma forma, o governo não consultou as universidades e faculdades que oferecem cursos de Medicina, não ouviu a Associação Brasileira de Ensino Médico, enfim, impôs o Programa à sociedade. Logo se percebeu, pelos movimentos do governo e do PT paulista, que o objetivo inicial do “Mais Médicos” era funcionar como instrumento para alavancar a candidatura do ministro da Saúde, Alexandre Padilha, ao governo de São Paulo, o

mais recente “poste” criado pelo presidente Lula. Contudo, em junho de 2013, as grandes manifestações populares, arregimentadas pelas redes sociais, tomaram as ruas das principais cidades brasileiras, exigindo serviços públicos de qualidade, mais investimentos em transporte coletivo, saúde e educação, ao mesmo tempo em que protestavam contra a corrupção que graça impunemente e em patamares absurdos em todas as esferas da administração pública. Pelo vulto que tomaram, os protestos repercutiram de forma imediata nos índices de popularidades dos políticos em geral e dos governantes em particular. Em Brasília, a presidente da República e seus marqueteiros políticos entraram em pânico, em razão da queda de popularidade da presidente em mais de 24 pontos em todas as regiões do Brasil, processo que, se não fosse estancado, tornaria inviável a reeleição de Dona Dilma e poria fim à continuidade do projeto de poder do PT. O Programa “Mais Médicos” estava ainda em elaboração, quando começaram os protestos nas ruas. A equipe que cuida da imagem da presidente e que, desde o primeiro dia do atual governo, vem trabalhando no projeto de sua reeleição viu, com esperteza e notável senso de oportunismo, que o Programa poderia se constituir em um dos principais elementos para recuperar a popularidade da presidente e dar uma resposta imediata às pressões das ruas sobre a questão da saúde, setor apontado com regularidade, nas pesquisas de avaliação feitas pelo Ibope, como o de pior desempenho do atual governo. O “Mais Médicos” se inspirou nas chamadas Missões Bolivarianas, programa criado pelo falecido presidente Chávez, com finalidade claramente ideológica e eleitoreira. Entre as várias Missões Bolivarianas, a mais eficiente nesse aspecto é a que está voltada para a saúde e reúne trinta mil médicos cubanos que atuam nas áreas pobres da Venezuela. No auge das manifestações de junho passado, 71% dos entrevistados desaprovavam a política de saúde do governo Dilma. A presidente passou, desde então, a encarar o Programa como uma

das suas boias de salvação, e uniu o governo em torno do projeto, o primeiro, como registraram vários jornais,⁴ a ter “a cara da presidente”, por não estar associado ao governo Lula nem simplesmente aparecer como continuidade deste, como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2) ou o Bolsa Família. Por sua vez, a falta de bom senso da corporação médica, ao se opor ao Programa “Mais Médicos”!, esquecendo a realidade da total falta de médicos em centenas de cidades brasileiras, criando toda a sorte de dificuldades à entrada de médicos estrangeiros no Brasil, principalmente para serem alocados em localidades situadas nos grotões de extrema pobreza, foi muito bem trabalhada pelos marqueteiros do governo. O governo federal e o PT, de posse de pesquisa expressando o apoio de 73,9% dos brasileiros ao “Mais Médicos”, realizada no começo de setembro de 2013 pela Confederação Nacional do Transporte (CNT), radicalizaram, com êxito, a campanha de demonização das entidades representativas dos médicos, iniciada logo após o lançamento do Programa, em 8 de julho passado. O “Mais Médicos” foi tão bem acolhido pela população que, ao ser lançado, recebeu, na primeira pesquisa, em julho, 49,6% de apoio popular. Sabemos que nesse *imbróglio* ninguém é santo. A corporação médica errou feio, chegando ao absurdo e à falta de civilidade, como aconteceu na vaia e nos impérios dirigidos aos médicos cubanos, quando estes desembarcaram no Maranhão. Por outro lado, erra o governo ao vender, demagogicamente, a ideia de que o problema da saúde no Brasil se resume à falta de médicos para a assistência na rede do SUS. É isso e muito mais. De fato, a carência de médicos, sobretudo para atuar em saúde básica não se limita ao Brasil.⁵ É fenômeno mundial. Segundo a *Folha de S. Paulo*, edição de 15 de setembro de 2013, os Estados Unidos têm um déficit de 15.230 médicos. Na Inglaterra, cujo sistema de saúde pública inspirou a criação do SUS, na região de Yorkshire, faltam médicos para atender emergências noturnas. Médicos do

Exército estão suprimindo a demanda. É interessante assinalar que dos 260 mil médicos registrados no Reino Unido, segundo General Medical Council, 36% são estrangeiros e, destes, 26% são originários de países europeus, sendo 137 brasileiros. Os Estados Unidos têm 2,4 médicos por mil habitantes. Espanha e Portugal, 4,0 e 3,9, respectivamente. No Brasil, o índice de médicos por mil habitantes é muito baixo, 1,8, se comparado, por exemplo, com o da Argentina, 3,2, e com o do Reino Unido, 2,7. A situação geral no Brasil, segundo o Ministério da Educação, é a seguinte: mais de 1.900 cidades têm menos de um médico para três mil habitantes na atenção básica. Nessa atividade, o País conta, atualmente, com 33 mil médicos. O governo federal projeta dispor, em 2020, de cinquenta mil médicos na atenção básica. Por estado, o Distrito Federal apresenta a melhor situação no País: 3,46 médicos por mil habitantes, seguido pelo Rio de Janeiro, com 3,44, São Paulo, com 2,49, enquanto o Maranhão dispõe apenas de 0,58.⁶

A corporação médica alega que o problema está muito mais na má distribuição do que na carência de profissionais. Há, realmente, má distribuição, fato que se dá por várias razões; em primeiro lugar, é impossível fazer medicina com um mínimo de qualidade, sem equipamentos, sem medicamentos, sem hospitais ou postos de saúde nas vilas pobres brasileiras. Os médicos afirmam que não há profissionais nos bairros pobres por culpa do governo, que não dota tais localidades de condições mínimas para o exercício da atividade médica. Poderíamos trazer aqui inúmeros exemplos dessa falta de condições materiais para o exercício da medicina em centenas de localidades brasileiras. Para não tomar o tempo em assunto que é do conhecimento geral, apresentamos três exemplos, considerando o problema em um dos estados mais pobres do País e em dois dos mais ricos da Federação: matéria da *Folha de S. Paulo* sobre as condições do atendimento médico

no Município de Amapá, que fica no Estado do Amapá, a 300 km de Macapá, onde o único médico da cidade de oito mil habitantes, o boliviano Juan Gorema, formado pela Universidade Federal de Minas Gerais, trabalha como um condenado, em condições realmente adversas, a exemplo do que acontece em mais de mil cidades do interior do Brasil. Em sua declaração à *Folha*, afirma o doutor Gorema:

“[...]o pior no Amapá não é a falta de médicos, mas de condições de trabalho. Temos falta de medicamentos, de esparadrapo, de agulhas. Falta tudo. Não podemos fazer cesarianas porque não temos equipamento de cirurgia. Dizem que vão mandar para aqui dez médicos cubanos, em todas as especialidades, e eles vão fazer o quê? Trabalhar nessas condições?”

O governo do Amapá realizou recentemente concurso para contratar duzentos médicos. Só conseguiu oitenta. “É difícil atrair o médico para a Amazônia e mais ainda para o interior”, diz o governador Camilo Capiberibe. O Amapá tem o segundo pior índice de médicos por mil habitantes do País (0,76), segundo o Ministério da Saúde. O pior, como já ficou registrado, é o do Maranhão: 0,58. Por outro lado, podemos buscar também exemplos no estado mais rico da União. Do Amapá pobre, vamos para a capital de São Paulo. Segundo dados recentes divulgados pelos jornais, há um déficit de 2.800 médicos no estado. Na administração do prefeito Kasab, foram realizados concursos para suprir a carência na rede pública municipal. Com a transformação de vários hospitais em organizações sociais, o salário mensal, anteriormente no valor de 4.200 reais, passou para 12.770 reais, conseguiu-se, com isso, aumentar em 66% o número de médicos na capital; mesmo assim, permanece o déficit. Na Zona Leste da capital paulista, que hoje dispõe de menos 10% de médicos em com-

paração com 2009, a Assistência Médica Ambulatorial do Hospital Tiradentes, da Rede do SUS, há muito tempo não conta com médico pediatra. Uma consulta ginecológica nos hospitais dessa região é marcada com antecedência de quatro meses. As filas para tratamento especializado, em todo o País, continuam imensas. No Rio Grande do Sul, em Santana do Livramento, e em mais sete cidades brasileiras da fronteira, como não há médicos brasileiros, são contratados médicos uruguaiois, que trabalham protegidos por liminares obtidas pelos prefeitos, uma vez que o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers) exige que os médicos façam o Revalida, exame que eles se negam a fazer. Recentemente, o mesmo Conselho emitiu uma nota para as farmácias das cidades fronteiriças, concitando-as a não aviarem receitas assinadas por médicos uruguaiois. É preciso, portanto, formar mais médicos no País.

O Brasil tem 347 mil médicos em atividade, registrados no Conselho Federal de Medicina. Neste setor não há desemprego. Em 2011, por exemplo, foram abertos 19 mil postos de trabalho para médicos em todo o País. As escolas de Medicina formaram apenas 13 mil profissionais. Um dado importante, divulgado pelo Ministério da Educação, em 18 de setembro de 2013, constante do senso da educação superior, mostra-nos que, entre 2011 e 2012, o percentual de crescimento de matrículas nos cursos de Medicina no Brasil foi de 3,24%. Em 2010, esse percentual chegou a 7%.⁷ Esta queda é decorrente da evasão. O aumento de vagas se deu, nos últimos tempos, na rede privada. Ao terminar a faculdade, o profissional pode atuar como médico generalista em hospitais ou unidades básicas de saúde, no Programa de Saúde da Família, com salários que chegam a 9 mil reais. Se ele quiser aprofundar os estudos e desempenhar uma especialidade, como cirurgia, ortopedia, psiquiatria, etc., precisa ingressar em um programa de residência, que oferece bolsa mensal de 2.384 reais, por um período de dois anos. Os

salários altos só são conquistados depois de concluída a residência. Segundo dados do MEC, em 2010, foram oferecidas 11.263 vagas de ingresso em 3.514 programas de residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Nos últimos cinco anos, a infraestrutura de saúde no Brasil cresceu em ritmo mais acelerado do que o número de médicos que atendem a população. No período, o total de equipamentos de saúde registrados pelo governo federal teve alta de 72,3%. O número de leitos hospitalares subiu 17,3% e o de estabelecimentos de saúde, 44,5%, no Brasil. A oferta de médicos, porém, cresceu apenas 13,4%, ou seja, menos do que os principais índices de infraestrutura de saúde. Contudo, a falta de especialistas é responsável por 60% de leitos vazios em hospitais do SUS. Em 85% do tempo, as salas de cirurgia estão inativas. Cid Célio Jayme Carvalhaes, presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), afirmou que o aumento numérico verificado não significa uma infraestrutura mais desenvolvida nessas regiões. “Um dos principais problemas, que vale tanto para número de médicos quanto para a estrutura, é a distribuição desigual”, disse. “Os hospitais entre a região da Avenida Paulista até o Jabaquara têm mais tomógrafos do que a França inteira. Enquanto isso, em alguns bairros na Zona Leste da cidade não há nenhum.”⁸ Assim, na atual conjuntura, a questão da saúde pública no Brasil não pode, portanto, ser encarada com a visão simplista, oportunista e demagógica do governo, que induz a população mal informada ao erro, pois, em recente pesquisa CNT/MDA, realizada em 10 de setembro, aponta-se que 49,6% dos entrevistados acreditam que o Programa “Mais Médicos” resolverá os problemas da saúde no País. Por outro lado, não se pode também fixar o problema na visão corporativa dos médicos. Os números são inexoráveis. Faltam médicos. Entretanto, com razão, a categoria alega que a má distribuição geográfica dos médicos deriva da falta de incentivos para o exercício da medicina

no interior do Brasil. Há 4,29% de empregos médicos por grupo de mil habitantes no Sudeste, mas apenas 1,86% na região Norte. Assim, há muitos anos os médicos reivindicam a criação de uma carreira de médico do Estado, semelhante à da Magistratura ou à do Ministério Público Federal, com salários decentes. O ingressante nessa carreira começaria atuando nos municípios com carência de profissionais e, com o tempo, alcançaria outros locais de trabalho. Em 2010, o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, elaborou um projeto de criação das carreiras de médico, enfermeiro e dentista públicos federais, que seriam destinados, inicialmente e com interstício exigido em lei, às áreas carentes do País. Com a saída do ministro, o projeto não foi adiante. Além da carreira, os médicos reivindicam condições materiais adequadas, que se traduzem em hospitais e postos de saúde equipados convenientemente, além de recursos humanos auxiliares às atividades médicas. A especialização, já anteriormente citada, é outro elemento que agrava a situação de carência. Hoje, ao ingressar na faculdade de Medicina, o jovem já começa direcionando seus estudos e se preparando para a residência médica nas áreas que mais oferecem retorno financeiro imediato: cardiologia, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia plástica, dermatologia e outras especialidades altamente técnicas no campo da medicina de imagens, fato que acaba fixando os médicos nas grandes cidades. Os jornais informam que não há pediatras e anestesistas para atender a demanda nacional. Agravando a situação, deve-se ainda considerar o fato de que custa caro formar um médico. É imenso o sacrifício das famílias que não dispõem de grandes rendas para arcar com as despesas nas faculdades particulares.

O Programa “Mais Médicos” foi estruturado em dois eixos: a) levar profissionais brasileiros e estrangeiros para o interior do País; b) formar mais médicos por meio da abertura de novos cursos e da ampliação de vagas nas escolas de Medicina. O Ministério da Educação projeta

criar 11.447 novas vagas de medicina até 2017. O Programa pretende contratar, até os primeiros meses de 2014, 13 mil médicos. A partir de 2015, aumenta em dois anos a grade curricular das faculdades públicas e particulares de Medicina, com formação voltada à atenção básica (1º ano) e a setores de urgência e emergência (2º ano). A contratação via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de médicos cubanos para o Programa “Mais Médicos” é um dos pontos mais polêmicos da iniciativa. Para o governo cubano, o negócio é, sob todos os aspectos, favorável. Trata-se de medida que propiciará ao governo de Cuba maior prestígio e vantagens diplomático-econômicas às chamadas Missões Médicas iniciadas, em 1960, pelo governo da Ilha. Estas missões, chamadas “diplomacia branca”, estão hoje em 58 países, com quarenta mil profissionais da área da saúde, e são as maiores fontes de divisas para Cuba: US\$ 6 bilhões anuais, ultrapassando o turismo, que contribui com US\$ 2,5 bilhões. Contudo, no Haiti e em vários países da África, num total de quarenta países, locais em que o governo cubano oferece os serviços médicos de graça, as suas Missões Médicas expressam *soft power*, ou seja, permitem ao regime cubano exercer influência nos planos cultural, político e ideológico em tais localidades. É interessante destacar que os Estados Unidos, desde 2006, concedem, de pronto, vistos para os profissionais de saúde cubanos que desejem desertar. As escolas de Medicina de Cuba formam, de graça, anualmente, médicos oriundos de vários países do mundo, especialmente latino-americanos. Em julho de 2013, colaram grau em Cuba 10.526 médicos, e, destes, 4.843 são estrangeiros. Como se sabe, o governo Dilma quer trazer, até março de 2014, em torno de dez mil médicos cubanos. Além da dispensa do Revalida, a contratação dos cubanos recebe fortes e procedentes críticas do Ministério Público do Trabalho, em decorrência do processo de pagamento dos serviços prestados pelos médicos cubanos. A bolsa de 10 mil reais mensais que seria destinada a cada médico cubano é repassada, via convênio, à OPAS e esta envia o dinheiro para o governo

de Cuba. Os médicos cubanos do “Mais Médicos” não podem trazer suas famílias para o Brasil, recebem apenas 20% do salário pago pelo governo brasileiro, são portanto, explorados pelo seu governo. Tal forma de remuneração viola as leis trabalhistas brasileiras, configurando, de certo modo, trabalho escravo. É bom lembrar que em 1998, no governo Fernando Henrique, 59 médicos cubanos foram trazidos para trabalhar em cidades do interior de Tocantins, com salário de 4.500 reais mensais, além de auxílio à moradia e alimentação. Conforme os secretários de Saúde dos municípios onde os cubanos trabalharam até 2005, quando o Ministério Público do Trabalho entrou com uma ação no Conselho Regional de Medicina, questionando o fato de os profissionais estarem clinicando sem revalidação do diploma e sem registro no CRM, a experiência foi altamente positiva. É importante salientar, no contexto desta comunicação, que o governo, sem estardalhaço, lançou em dezembro de 2011, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), iniciativa voltada para a locação de médicos no interior do Brasil e nas periferias das grandes cidades, especialmente em localidades com população muito pobre, em áreas ocupadas por quilombolas, indígenas e assentamentos rurais. Este programa vem avançando gradualmente. A diferença em relação ao “Mais Médicos” está no fato de que somente médicos brasileiros ou estrangeiros com diplomas registrados no Brasil, ou seja, que tiveram seus diplomas convalidados, podem participar do PROVAB. Atualmente 3.800 médicos deste Programa atuam em 1.307 municípios. O PROVAB deu um salto de 2012 para 2013. Em 2012, apenas 381 médicos participavam do Programa, que paga uma bolsa de 10 mil reais mensais, semelhante à remuneração do “Mais Médicos”, para cumprimento de 32 horas semanais de trabalho e oito horas semanais para seguir o curso de pós-graduação em Saúde da Família, com duração de um ano.

Voltando à questão do atendimento pelo SUS, os prontos-socorros se constituem, em geral, na porta de entrada do sistema de saúde no Brasil. Por outro lado, o País depende grandemente de hospitais: eles respondem por 70% dos atendimentos de emergência, 27% do atendimento ambulatorial e por quase todas as internações. Além disso, empregam 56% dos profissionais da saúde e recebem 67% de todo o gasto com saúde. Dada a natureza “hospitalocêntrica” do sistema de saúde e a ênfase no atendimento hospitalar para o tratamento de casos agudos, o Brasil parece despreparado para enfrentar a incidência crescente de doenças crônicas, que requerem atenção coordenada entre vários prestadores de serviços de saúde. Entretanto, por falta de médicos, a taxa média de ocupação dos leitos é baixa (em torno de 45%) e muito aquém dos padrões internacionais, especialmente em hospitais de pequeno porte. Há proliferação de pequenos hospitais – 60% de todas as unidades em funcionamento têm menos de cinquenta leitos. Esse movimento teve implicações importantes para a eficiência e a qualidade do atendimento. Apesar da expansão, graves disparidades regionais ainda persistem, especialmente no que diz respeito aos serviços de referência e alta complexidade. Essas disparidades também indicam a existência de ineficiências, já que muitas áreas metropolitanas apresentam, como já ficou registrado, densidade de equipamentos maior do que nos países industrializados.

Em todas as análises sobre a questão da saúde no Brasil, o problema da escassez de recursos para financiar o Sistema Único de Saúde é sublinhado como uma das principais dificuldades para tornar o setor mais eficiente e, portanto, capaz de cumprir a sua finalidade constitucional de universalizar com qualidade a saúde pública no Brasil. Na última década, nosso País, embora muito longe de se aproximar dos melhores índices mundiais nessa matéria, logrou, de qualquer forma, avançar. Foram, contudo, progressos numéricos que não redundaram

em mudanças de qualidade na área. Persistem gargalos que não permitem que os procedimentos, as consultas e os demais atendimentos médicos fluam de forma natural e eficiente. Pouca coisa ou quase nada mudou, apesar dos avanços no financiamento do sistema SUS. Acreditamos que o maior problema nessa área está muito mais na deficiência da gestão, na formação de recursos humanos e na corrupção, do que propriamente na falta de financiamento, pois o Brasil gasta 8,9% do PIB em atendimento médico-hospitalar. Persiste, sem solução, a questão do ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde, das despesas decorrentes de serviços médicos custosos e de alta complexidade prestados pela rede pública aos pacientes dos planos privados.

Encerrando estes apontamentos sobre a questão da saúde no Brasil, para mim, está muito claro que precisamos formar mais e com melhor qualidade nossos médicos. Da mesma forma, precisamos entender que saúde não pode ser resumida ao atendimento médico-hospitalar, ou seja, deve ser tratada numa perspectiva multidisciplinar que envolva todos os campos e todos os conhecimentos da área, dotando-a de condições adequadas, investindo na modernização de sua gestão, no rigoroso combate da corrupção. E, por fim, precisamos articular eficientemente o SUS com o sistema de saúde complementar privado.

Notas

1 BRASIL. Constituição Federal (1988). Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

2 ÉBOLI, Evandro. Relatório aponta redução de 77% da mortalidade infantil em 13 anos. *O Globo*, 14 set. 2013, p. 10.

3 Ver *O Globo*, edição de 25 set. 2013, seção *País*, p. 6.

4 Ver em *O Globo*, edição de 15 set. 2013, seção *País*, p. 6, matéria intitulada Programa ajuda a mudar a sorte da presidente Dilma.

5 Ver artigo de SROUGI, Miguel. Médicos brasileiros: sofrimento interminável. *Folha de S. Paulo*, 15 set. 2013, seção *Opinião*, p. A3.

6 Fonte: Ministério da Educação. Cf. JOHANNA NUBLAT e FLÁVIA FOREQUE. Vinda de estrangeiros não acabará com déficit de médicos, diz diretor de ministério. In: *Folha de S. Paulo*, 09 jun. 2013. *Caderno Cotidiano*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/06/1292204-vinda-de-estrangeiros-nao-acabara-com-deficit-de-medicos-diz-diretor-de-ministerio.shtml>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

7 FOREQUE, Flávia. Matrículas nas faculdades de Medicina desaceleram. *Folha de S. Paulo*, 18 set. 2013. *Caderno Cotidiano*, C4.

8 Ver em *Estado de S. Paulo*, edição de 14 jul. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2013/07/14/numero-de-medicos-nao-segue-avanco-de-infraestrutura.htm#fotoNav=27>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

Palestra proferida em 1 de outubro de 2013.