

O CALCANHAR DE AQUILES DA SAÚDE PÚBLICA: RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Gabrielle Kölling

Ronaldo Mendes de Oliveira Castro Filho

RESUMO: Para concretizar o Sistema Único de Saúde (e universal) é preciso, dentre outras coisas, recursos humanos. O Brasil atravessa uma séria crise no que se referem aos profissionais de saúde, especialmente à classe médica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta uma estimativa referente ao número mínimo essencial de profissionais para cada mil habitantes. Em algumas regiões do País, sequer atingimos o mínimo; em outras, atingimos o mínimo, mas não no setor público. Diversos fatores contribuem, negativamente, para esse problema: concentração de médicos nas regiões metropolitanas e nas grandes cidades; complexidade no processo de reconhecimento de diplomas vindos do exterior; impossibilidade (legal) de contratar profissionais estrangeiros; dentre outros. É nesse contexto de caos que os “desertos sanitários” se instalam e assolam um País com dimensões continentais. A pretensão desse artigo é apresentar o estado da arte dos recursos humanos em saúde, por meio de pesquisa quali-quantitativa, para, então, analisar quais são as ações de governo, se é que elas existem, para o enfrentamento desse problema, bem como quais são os impactos dessa problemática no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde. SUS. Recursos humanos. Contratação.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, uma das mazelas da prestação sanitária brasileira encontra-se vinculada aos médicos, ou melhor, à sua falta em vários Municípios. É inviável efetivar o direito à saúde sem profissionais da área médica. É mais inviável, ainda, manter um médico no regime de 40 horas semanais no interior com um salário que não pode ultrapassar o teto da remuneração do prefeito. Pior, ainda: manter um médico sem vínculo trabalhista, pois são diversas as manobras para manter o médico: bolsa do governo federal, bolsa do governo estadual e baixo salário por parte da prefeitura. Ou seja, os empecilhos para se ter médico nos Municípios, principalmente os do interior e de pequeno porte, são grandes.

Registre-se: a maioria dos Municípios brasileiros é de pequeno porte.

Diante disso, a pretensão do artigo é analisar a problemática da falta de médicos de modo empírico, para então identificar os “desertos sanitários” e observar qual é o atual estado da arte dos recursos humanos em saúde (especialmente médicos) e observar quais são ou quais foram as medidas adotadas pelo governo federal para o enfrentamento do problema.

Para atender à parte empírica deste artigo, foi realizada uma pesquisa, em fevereiro de 2013, pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) com o intuito de mapear a situação de recursos humanos em saúde, em nível nacional. Para isso, pesquisaram-se os quantitativos de profissionais de saúde distribuídos em todo o país, considerando os profissionais por Município, por Estado e por Região. Para a construção e a tabulação das informações advindas da pesquisa, foram consultados os dados de todos os Municípios do Brasil, ou seja, foram contemplados todos os Entes municipais que registram seus dados em saúde no Datasus. O estudo confrontou o contingente de médicos por Município, a população da localidade e a recomendação da OMS de um médico para mil habitantes.

Para a análise do tema proposto, o artigo está dividido em três partes. Na primeira, apresenta-se o contexto geral da necessidade de recursos humanos em saúde em cada esfera de atenção à saúde, conforme as recomendações da OMS. Na segunda, serão abordados os dados empíricos da pesquisa, ou seja, os desertos sanitários no Brasil. Por fim, analisar-se-ão as medidas adotadas pelo governo federal para o enfrentamento da problemática.

2. CONTEXTO GERAL DA NECESSIDADE DE RH EM CADA ESFERA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Que o direito à saúde é um direito fundamental não temos mais dúvidas, resta-nos, no entanto, efetivá-lo. Historicamente, quem assume essa função são os Municípios, desde o advento da municipalização da saúde.

Dentro da lógica do pacto federativo, todos os Entes têm o dever de concretizar o direito à saúde, no entanto, face à complexidade dessa tarefa, foram pactuadas algumas responsabilidades específicas para cada Ente: ao municipal, cabe a atenção básica; aos Entes estadual e federal e Municípios de médio e grande porte, cabem a média e a alta complexidade.

Para efetivar o direito à saúde, é necessário pensarmos na atenção à saúde. Essa, por sua vez, designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Por atenção básica, compreende-se um conjunto de ações, de caráter individual e co-

¹ BAPTISTA, 2005.

letivo, voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação. Isso inclui atendimentos básicos como: pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia e, também, fornecimento de vacinas e medicação básica (tabela Rename).²

A média complexidade é composta por ações e serviços, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para a realização de cirurgias ambulatoriais especializadas; traumato-ortopédico; radiodiagnóstico; ultrassonográficos; próteses e órteses, anestesia, dentre outros.³

A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que implica alta tecnologia e alto custo, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde, bem como: procedimentos de diálise; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; neurocirurgia; cirurgia bariátrica e cirurgia reprodutiva, entre outros.⁴

Diante desse contexto da atenção à saúde (básica, média e alta), observa-se o quão crucial é a presença do médico. No que tange à demografia médica, pode-se dizer que os médicos estão mal distribuídos no País, isso só reforça ainda mais a desigualdade, pois o sistema que pretende ser universal não consegue sê-lo!

3. OS “DESERTOS SANITÁRIOS” NO BRASIL: EM QUE LUGARES FALTAM E “SOBRAM” PROFISSIONAIS?

Estudos realizados pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), em fevereiro

² BRASIL, Ministério da Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Disponível em: «bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v4.pdf». Acesso em: 12 de jun. de 2013.º

³ Idem, *ibidem*.

⁴ Idem, *ibidem*.

de 2013, revelaram que o Brasil possui 291.529 médicos cadastrados no CNES-MS, se considerarmos o que estabelece a OMS (1 profissional para cada mil habitantes), com a população atual de 193,94 milhões de habitantes, deveríamos ter no mínimo 193.940 médicos para atender à população; portanto, existe um superávit de 97.589 médicos no País.

A realidade é alarmante! Especialmente em algumas localidades do Nordeste e Norte do País, em especial as cidades do interior. Veja tabela abaixo:

**Tabela 1 – Cnes. Recursos Humanos. Profissionais.
Indivíduos, segundo CBO 2002, Período: fev./2013**

MUNICÍPIO	UF	POPULAÇÃO 2013	Médicos	Qtd. Mínimo OMS	Déficit de profissionais	Superávit de profissionais
7		48.572	0	49	49	0
Bernardo do Mearim	MA	6.111	0	6	6	0
Porto Rico do Maranhão	MA	5.978	0	6	6	0
São Roberto	MA	6.193	0	6	6	0
Tufilândia	MA	5.651	0	6	6	0
Itaú	RN	5.609	0	6	6	0
Lagoa d'Anta	RN	6.318	0	6	6	0
Curuá	PA	12.712	0	13	13	0

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – Cnes (Datasus).

Os Municípios constantes da Tabela 1, acima, são exemplos de Municípios que integram parte dos “desertos sanitários”, pois não têm nenhum médico.

Essas cidades sequer têm médico para realizar atendimento. Essas cidades do interior não possuem faculdades em medicina, odontologia e enfermagem, as cidades menores estão distantes dos centros de formação de profissionais. São fatores que dificultam ainda mais a presença dos médicos, fora, ainda, as questões atinentes à disponibilização

de vagas de residência médica, remuneração, entre outros.

Considerando as contribuições do médico e professor Scheffer,⁵ o problema maior reside na fragmentação do SUS e na má-distribuição de profissionais, conforme ele: “O SUS está fragmentado e confuso, entregue a múltiplas organizações, cada uma com um processo de contratação e com salários diferentes”.

Atualmente, a gestão do Sistema Único de Saúde é dividida entre as Unidades Federativas, e, com isso, a contratação de médicos é responsabilidade dos Estados e dos Municípios, que, com o objetivo de acelerar os processos de contratação (e diante da má-distribuição desses profissionais), optaram por terceirizar os serviços de recursos humanos.

A pesquisa da CNM aponta que os dados chamam a atenção para a região Norte e Nordeste, conforme destacado anteriormente. Alguns focos de negligência no tocante à oferta de médicos são mais consolidados, como é o caso da Amazônia Legal.

A Amazônia Legal engloba trechos de vários Estados brasileiros (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Maranhão), onde a falta de médicos em muitas localidades tem relação com os péssimos indicadores sociais (Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, renda, escolaridade, saneamento, dentre outros), baixa capacidade de serviços de saúde, baixa densidade populacional, grande extensão territorial e maior distância de centros urbanos (ausência de meios de transporte, deslocamentos difíceis, complexos, com distâncias contadas muitas vezes em horas e poucos meios de comunicação).

Portanto, regiões menos desenvolvidas, mais pobres e interiores de Estados com grandes territórios e zonas rurais extensas têm, sabidamente, maior dificuldade para fixar e atrair profissionais médicos.

⁵ SCHEFFER, 2011.

Atualmente, existem 387 Municípios sem médicos e outros 4.455 com déficit desses profissionais, que vai da ordem de 1 a 252 médicos por Município, significando que mais de 80% dos Municípios do país encontram-se com a prestação de serviços de saúde pública comprometida com a falta mínima de profissionais. O Município com o maior déficit de médicos é o de São Gonçalo/RJ, onde faltam 252 profissionais, conforme mínimo estabelecido pela OMS.

A concentração de profissionais tende a ser maior nos polos econômicos, nos grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino, maior quantidade de serviços de saúde e conseqüentemente maior oferta de trabalho. Dessa forma, chama a atenção a concentração de médicos em 1.110 Municípios, os quais possuem 138.302 médicos a mais do que a necessidade mínima.

Sob essa análise, existe no País um excesso de 97.589 médicos, não justificando, portanto, nenhuma tentativa de facilitar a contratação de estrangeiros no País. O que deve ser priorizado é uma redistribuição dos profissionais existentes entre os diversos Municípios.

A ausência (e insuficiência) de médicos na relação médico/habitante é determinante para caracterizar a penúria (quase que desertos sanitários) em Municípios longínquos, de difícil acesso, com carência acentuada de profissionais e, portanto, sem assistência médica constante.

Os brasileiros que moram nas regiões Sul e Sudeste contam em média com mais médicos que os habitantes do Norte e Nordeste. Da mesma forma, aqueles que vivem em qualquer capital em relação às outras regiões do mesmo Estado.

O ministro da Saúde Alexandre Padilha afirmou em entrevista⁶ que: “hoje há mais de 300 Municípios que não têm sequer um médico, mais de mil Municípios que possuem menos de um médico por mil habitantes. Os prefeitos fazem leilão de médicos.”

4. MEDIDAS (OU AUSÊNCIA DELAS) ADOTADAS PARA O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA

Entre os fatores relevantes e que interferem na problemática de médicos para atendimento ao Sistema é a falta de uma política pública para o reforço e incentivo à carreira de médico no SUS.

Revela-se, atualmente, o problema da concentração de médicos nas grandes cidades e a carência nas localidades mais afastadas e menores.

Os Municípios fazem verdadeiras manobras para manter os médicos: utilizam a bolsa do Ministério da Saúde, alguns pactuam bolsas com os Estados e complementam a remuneração com o dinheiro que a municipalidade tem (quando tem); que resultam em um quadro complexo: os médicos ficam sem vínculo trabalhista, sem férias, sem décimo-terceiro salário, sem estabilidade para montar uma estrutura de vida no lugar e de fato querer ser médico do SUS.

A inércia do governo federal, no que diz respeito ao enfrentamento concreto e real desses problemas, agrava paulatinamente a situação; faz-se necessária uma política eficaz, com incentivo financeiro concreto para atração e valorização dos médicos nessas regiões menos assistidas. Uma política nesses termos pode ser um importante passo para a prestação de serviços de saúde minimamente decente, humano, de qualidade e digno.

Atualmente, a iniciativa do governo federal para enfrentar esse complexo problema

⁶ Revista Isto É, 2013.

concentra-se em negociar a contratação de aproximadamente 6 mil médicos estrangeiros para atender à demanda por profissionais no país, especialmente em cidades menores. Essa iniciativa é uma temeridade sem precedentes na área sanitária. Agindo desse modo, o governo demonstra que desconhece os números em saúde, pois o principal problema do Brasil, conforme já explanado, é a concentração de profissionais da medicina nas capitais, grandes cidades e regiões metropolitanas.

Contratar aproximadamente 6 mil médicos estrangeiros é ignorar o ordenamento jurídico pátrio, bem como o problema da concentração. Há a necessidade latente e iminente de normatizar e expandir os incentivos na forma de bolsa para os médicos que queiram atuar nas regiões prioritárias, para tornar mais atrativa a opção por esses Municípios.

O Ente municipal já suporta a carga financeira da concretização da saúde praticamente sozinho, suportar esse ônus extra não é factível! É preciso que haja engajamento da União para o custeio desses incentivos. Não é viável repetir o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), pois esse “programa” em nada contribuiu e não agregou nenhum valor novo ao orçamento da saúde, apenas usou o já existente.

Na prática, o Provab retirou os R\$ 8.000,00 pagos a título de bolsa aos médicos do programa, do Saúde da Família, ou seja, ao invés de o Município receber R\$ 10.695,00 para a equipe do Saúde da Família passou a receber R\$ 2.695,00.

Dentro da lógica do Provab, observa-se que sequer há incremento do orçamento. É uma manobra do governo federal para tentar mostrar que está tomando medidas para “auxiliar” os Municípios no enfrentamento do problema da falta de médicos ou concentração de médicos em determinadas regiões.

Outro ponto importante é a Estratégia Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica. O regramento exagerado do Ministério da Saúde (exacerbamento de competência)

torna ainda mais complexo manter os médicos a serviço da comunidade. Os Municípios que aderiram a esse programa do governo federal devem manter o médico por 40 horas/semana à disposição da comunidade, isso não é flexibilizado. Ou seja, não é possível contratar dois médicos com 20 horas cada, pois o regramento do programa não permite. Isso engessa a gestão da saúde. Esse tipo de atuação “ministerial” não auxilia no combate ao enfretamento do problema da falta de médicos em diversos Municípios brasileiros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os números apresentados pela pesquisa mostram o quão frágil é a distribuição de médicos no Brasil. Não há a necessidade de contratações de médicos estrangeiros.

Para a sobrevivência da assistência médica, é crucial que o governo federal adote medidas efetivas com foco na redistribuição dos médicos no território nacional. Minimizar a concentração de médicos é essencial!

Existem alternativas mais sólidas para enfrentar o problema, tais como: organizar e propiciar incentivo para os médicos trabalharem nos Municípios com maior necessidade. Outra alternativa é a proposição de lei para criar o “serviço público obrigatório para os médicos formados em Instituição Pública de ensino”. Esse serviço poderia ser pelo prazo mínimo de um ano, com remuneração e determinando o local de atuação, dever-se-ia considerar as localidades com maior necessidade.

O Provac não resolveu o problema da interiorização dos médicos, tampouco trouxe qualquer incentivo sólido para que os Municípios fizessem a adesão ao programa, já que, pelo contrário, retirou dos Municípios os recursos da saúde.

Assim, observa-se que existem possibilidades, mas faltam vontade política e recursos para o enfrentamento e a solução do problema. Será que optar pela contratação de médicos estrangeiros é o caminho mais adequado e seguro? Pelo exposto, parece-nos que não!

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: EPSJV (Org.) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Disponível em: «bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.4.pdf». Acesso em: 12 de jun. de 2013.

REVISTA ISTO É. *Seção Entrevista*, p. 6-10, de 5 de jun. de 2013, ano 7, nº 2.272.

SCHEFFER, Mário. *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. Coordenação: Mário Scheffer; Aureliano. Biancarelli e Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011, 117p.