



ENSAIO

A interiorização médica: desafios de um Estado neoliberal

The medical internalization: challenges of a neoliberal State

Raphael Dutra Bazarelo¹, Frederico Krepe da Silva¹, Camila Maciel de Oliveira², Carlos Alberto Mourão Júnior^{1,*}

¹Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

²Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

Introdução

Em junho de 2013, o país viveu um momento de efervescência, com diversos protestos ocorrendo nas mais variadas cidades e levando milhões de cidadãos às ruas em um episódio que, sem dúvidas, é o maior evento político no país desde a redemocratização. Dentre as várias pautas – difusas – que foram apresentadas, uma das que mais se destacavam era a da saúde, presente em vários cartazes levados pelos manifestantes ao longo dos protestos. Essa pauta era reflexo dos vários problemas que a saúde no Brasil enfrentava (e enfrenta), e esse tema foi um dos primeiros a ser tratado pelo governo federal ao propor ações na tentativa de responder aos anseios das ruas. Como tentativa de responder a essa questão, o governo propôs o Programa Mais Médicos.

Desde o momento em que foi proposto, o programa é alvo de várias discussões públicas, as quais muitas vezes se tornaram acaloradas e entusiasmadas e não permitiram um espaço para um debate sério sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica.

O presente texto visa, tomando como linha de partida a discussão levantada pelo Mais Médicos, debater a função do Estado enquanto provedor do SUS, bem como suas relações com as demandas por uma saúde pública de qualidade e em consonância com a estrutura e as políticas econômicas governamentais.

Desenvolvimento

O Programa Mais Médicos veio no intuito de fortalecer a atenção básica do SUS e de diminuir as desigualdades regionais na oferta de médicos, assim como para aprimorar a formação médica no país.¹ Ele faz parte de

uma tentativa, que não é nova no governo, de interiorizar os médicos, a partir de dados que mostram um percentual de médicos para cada mil habitantes inferior ao de países com sistemas universais de saúde, como Reino Unido, Portugal e Espanha.² Nesse sentido, também é importante destacar a criação do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).³ O PROVAB foi criado para tentar sanar o déficit de médicos no interior, com a tentativa de atrair profissionais por meio de pontuação em concursos de residência médica, especialização, entre outros.

Ribeiro⁴ aponta três equívocos ao se pensar o Programa Mais Médicos, e esses são cometidos tanto pela classe médica quanto pelo governo federal. Esses equívocos se centram na visão de saúde ainda focada na doença e perdendo uma visão mais ampla de saúde. Adicionalmente, uma visão centrada na figura do médico, ao contrário de um enfoque em aspectos de vida saudável e de outras políticas subjacentes, que são essenciais para um bem viver. Paralelamente, negligencia-se o debate sobre a estrutura econômica e sobre em qual modelo econômico a política de saúde deveria estar inserida.

Questões mais estruturantes da saúde no Brasil e em especial do SUS e da Atenção Básica precisam ser levantadas. Estas dizem respeito, mais claramente, ao financiamento do SUS e à relação estabelecida pelo Estado com essa política, a sua forma de financiar a saúde no país e todo o complexo que se dá a partir daí.

Desde os anos 1970, o neoliberalismo surgiu como perspectiva político-econômica a ser implantada mundo afora, dado o esgotamento do desenvolvimento forçado do padrão keynesiano-fordista que imperava nos *welfare States* (Estados de bem-estar social). Tal padrão servia de modelo para países em desenvolvimento, incorporado no Brasil na política de desenvolvimento nacional do período populista (1946-1964) e durante o regime militar (1964-1985). No Brasil, a ideologia neoliberal, entendida aqui como uma teoria que apresenta um objetivo de manutenção do *status quo* social, começa a ser implementada ainda no Governo Sarney, ganhando força com o governo Collor, e dele até os dias atuais. Esse modelo, por sua vez, propõe que o Estado deve ser menos ativo e interventor

*** Correspondência:**

Rua José Lourenço Kelmer, s/nº
Departamento de Fisiologia/ICB
Juiz de Fora – MG - CEP: 36036-900
e-mail: camouraojr@gmail.com

doi: 10.21876/rcsfmit.v8i1.739

na economia nacional e deve permitir que os agentes econômicos possam ter maior liberdade da oferta de bens e serviços, com pouca ou nenhuma regulação.

A disputa por recursos para uma política pública universal de saúde se deu com mais intensidade a partir do final da década de 1980, época em que se começava a gestar uma outra concepção de Estado no Brasil, aliada aos ventos neoliberais, culminando na Reforma do Estado na década de 1990. O padrão de proteção social no Brasil se desenvolveu de forma tardia em relação aos países desenvolvidos, pois veio em um contexto em que a "financeirização" da economia se fez cada vez maior, fazendo com que a trajetória do SUS, desde sua concepção, fosse a de disputa por recursos e da qual a política de saúde e seu financiamento fossem sempre dependentes da situação econômica.⁵

Essa disputa tem como resultado um grave problema: a insuficiência de recursos para a saúde. Isso afeta toda a cadeia de serviços ofertada pelo SUS e recai necessariamente na atenção básica. A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a DRU (Desvinculação das Receitas da União) são resultados dessa disputa pelos recursos do Estado e exemplos dessa subordinação.

A LRF funciona no sentido de criar mecanismos de contenção de gastos para não comprometer o orçamento do Executivo, fazendo com que a restrição orçamentária em setores fundamentais, como a saúde, seja sempre subordinada à relação com a dívida pública. Isso delimita a subordinação da saúde pela economia, fato que faz com que os problemas de financiamento do SUS se agravem ainda mais.⁶ Qualquer descumprimento da LRF pode acarretar severas punições aos governantes.

Enquanto isso, ao discutir a "financeirização" da economia e a relação com a saúde, a DRU também tem seu papel, pois garante ao Estado a desobrigação de cumprir com o estabelecido em lei para investimento nas áreas sociais (como a saúde). Isso porque pode destinar tais recursos para outros fins, como o superávit primário da dívida pública. Toda essa situação favorece a perda de qualidade no serviço e a terceirização da saúde, criando gargalos que se acumulam e criam grandes problemas para os gestores e principalmente para a população que depende do SUS.

Em 1988, quando da elaboração da nova Constituição, um debate foi travado sobre a saúde como direito. Como relata Bravo,⁷ naquele momento o segmento gerado por um amplo processo de mobilização e organização da população e profissionais da área da saúde defendiam a Saúde Pública como um direito social e a criação do SUS como ferramenta para efetivação do projeto. Do outro lado, os representantes do segmento privado da área da saúde, a Federação Brasileira de Hospitais e a Associação das Indústrias Farmacêuticas defendiam uma menor participação do Estado na saúde bem como a ampliação de mercado no segmento. Após muita pressão e mobilização, os que defendiam o projeto da reforma sanitária conseguiram fazer passar a proposta de criação do SUS.

Porém, como o Estado não é um agente neutro que segue as determinações legais, e como na Constituição ficaram brechas que permitiam a complementação do sistema de saúde por entes privados, o SUS constitucional não se tornou concreto em sua plenitude. Avançou, sim, em muito do que havia sido a saúde pública no Brasil, mas

o Estado passou a criar mecanismos que enfraqueciam o SUS, seja com o seu subfinanciamento, seja com a centralização dos recursos pelo governo federal. Assim, o SUS ainda se caracteriza como um serviço debilitado pela falta de interesse político, o que não é de causar espanto se entendermos que os políticos têm suas campanhas financiadas por aqueles mesmos elementos que se colocavam contra a criação do SUS e a reforma sanitária em 1988.

Fica claro, então, que os problemas da saúde pública e do SUS não vêm de agora, e também que os interesses políticos não são muito favoráveis para um fortalecimento dos mesmos em todos os governos de 1990 a 2016. Assim sendo, dentro desse contexto, o Programa Mais Médicos atende a qual interesse? O de levar médicos para o interior e localidades em que a população com menos acesso aos serviços públicos se vê carente de atenção à saúde. Segundo argumenta o governo, o programa Mais Médicos surgiu por uma simples razão: existe carência de médicos no interior, e os médicos não querem ir para o interior.

Entretanto, se quisermos atacar o problema da dificuldade de interiorizar a atenção à saúde de forma séria, é preciso examinar com cuidado a seguinte questão: por que, afinal, os médicos não querem se deslocar para o interior? Muitos dizem ser por causa dos salários, ou devido à escassez de recursos e infraestrutura. Mas, seria mesmo esse o motivo?

Vamos aprofundar essa reflexão colocando então a seguinte pergunta: por que milhares recém-formados em direito se acotovelam e tentam desesperadamente passar em um concurso público para o Ministério Público ou para a Magistratura, mesmo sabendo que, um promotor de justiça ou um juiz, em início de carreira, terá necessariamente que ir para uma comarca de uma cidadezinha pequena, sem recursos e perda nos rincões deste país enorme? A resposta nos parece simples. Um juiz ou promotor sabe que, ao ingressar nos quadros do Ministério Público ou da Magistratura, terá direito a uma carreira de Estado. Isso significa não só altos salários – como, de fato, eles recebem já no início da carreira – mas, principalmente, garantia de férias, aposentadoria digna e progressão funcional que permita com que eles possam ascender na carreira e irem atuar em comarcas de centros maiores. Será que se eles não tivessem todos esses justos benefícios, os jovens iriam tanto querer ingressar nessas carreiras? E, caso as condições dessas carreiras fossem ruins e não atraíssem os bacharéis, qual seria a solução? Trazer magistrados e promotores de Cuba?

Ora, se para oferecer uma justiça digna – condição necessária à democracia e ao Estado democrático de direito – o governo criou uma carreira de Estado digna para compor os quadros do judiciário, o que então o Estado deve fazer para oferecer ao seu povo uma saúde digna, que é um direito do cidadão é um dever do Estado? A resposta agora nos soa simples: criar uma carreira de Estado para as equipes de saúde, com plano de carreira, garantias trabalhistas, condições adequadas de trabalho e salário digno e compatível com toda a abnegação que significa se tornar e ser um profissional de saúde.

Além disso, é importante ressaltar que colocar um médico em um posto de saúde no interior, sem recursos de diagnóstico complementar e de terapêutica, pouco ajuda a resolver o problema que existe nos interiores do

Brasil, onde, muitas vezes, pacientes têm de viajar dias de balsa para chegar a um hospital. O interior não precisa só de atenção primária e medicina preventiva. Lá também as pessoas sofrem infarto do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos, crises convulsivas, traumas diversos, dentre outras situações de urgência e emergência. E o que poderá fazer um médico sozinho em um lugar desses, a não ser assistir, como fúnebre espectador, à tragédia humana? Ademais, nessa situação, o médico ainda correria o risco de ser processado judicialmente, já que, com a judicialização da medicina, qualquer mal causado pela doença recai sobre a responsabilidade civil do médico.

Enfim, é preciso que o Estado assuma de vez o papel que determina a Constituição, que esse mesmo Estado engendrou para depois a descumprir. Esse papel é oferecer a saúde como direito do cidadão. Percebe-se, portanto, que existe uma alternativa para o problema, que passa por uma mudança estrutural no sentido de reverter o fluxo de desmonte do Estado e valorização do privado. Esse primado do privado, porém, não se consolidou como uma alternativa viável, porquanto os planos de saúde privados hoje no Brasil são campeões de reclamações de seus usuários. Ademais, os médicos a eles filiados também têm feito greves contra a desvalorização de si mesmos, uma vez que os planos não oferecem uma carreira segura para o profissional.

Assim, ao invés de atacar o problema em sua profundidade, o Estado vai criando programas paliativos como Mais Médicos e o PROVAB, que apenas arranham a superfície do problema, passando ao largo de sua solução.

Por fim, gostaríamos de ressaltar que reconhecemos a importância de se buscar a interiorização dos profissionais de saúde, em especial os médicos como uma forma de fortalecer o SUS e a atenção básica. De fato, o

Programa Mais Médicos até conseguiu, ainda que sob uma perspectiva imediatista, algum impacto.⁸ É importante destacar também que o boicote aos médicos estrangeiros do programa Mais Médicos não contribui para o debate sobre melhorias na gestão da saúde e no fortalecimento do SUS como uma política de saúde universal e acessível.

Conclusão

Por mais que haja virtudes e bons resultados nas tentativas discutidas nesse texto, há de se destacar que uma contradição se coloca, tendo em vista que esses programas não vêm alinhados a nenhuma política de fortalecimento da carreira do profissional de saúde. Esse fato pode gerar graves problemas no futuro, pois fará com que os bons resultados sejam passageiros, fazendo com que não se consiga um fortalecimento da atenção básica a longo prazo.

Assim como há a contradição das condições de trabalho dos estabelecimentos de saúde, que mesmo que contem com profissionais qualificados, ainda vão depender de boas condições, equipamentos e materiais que possibilitem o exercício de suas funções de forma adequada. Todas essas contradições passam pelo problema do financiamento da saúde pública, que está intrinsecamente ligado ao tipo de concepção do Estado presente na sociedade. Se faz necessária a disputa dessa concepção, para que se sobreponha uma visão que possa garantir a qualidade do SUS e não uma visão que faça com que o SUS seja refém das condições econômicas e do mercado. Se o Estado cumprisse de verdade seu papel, assumindo sua responsabilidade constitucional sobre a saúde, não seriam necessários programas paliativos.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de outubro 2013. Ano CL, nº 206, Sec. 1, p. 1.
2. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface* 2015;19(54):623-34.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011 [Internet]. 2011 [Acesso em: 2017 Set 21].
4. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos - um equívoco conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):421-4.
5. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(3):841-50.
6. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):273-80.
7. Bravo MI, Matos MC. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In: Mota AE, Gomes L, Bravo MIS, Teixeira M, Marsiglia RMG, Uchôa R. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; 2006. p. 197-216.
8. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos T. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. *Divulg Saúde Debate*. 2014;51:105-20.