

POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: uma análise do Programa Mais Médicos

¹Pedro Leandro Lima Marinho

²Rosângela Sthephany Almeida Silva

³Amanda Silva Madureira

¹ Universidade Ceuma/Departamento de Direito, São Paulo, Brasil, pedrolmarinho.adv@gmail.com

² Universidade Ceuma/Departamento de Direito, São Luís, Brasil, rosangela.almeidaa@gmail.com

³ Universidade Ceuma/Departamento de Direito, São Luís, Brasil, madureira.amanda@gmail.com

Resumen: O Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização enfrenta grande dificuldade para garantir a efetivação do direito à saúde aos brasileiros, vez que não tem conseguido garantir acesso integral e universal a toda população do país. Diante desse contexto, o presente trabalho visa analisar o Programa Mais Médicos, enquanto política pública governamental, como instrumento para a efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil.

Palabras clave: Efetivação do direito fundamental à saúde. Política pública. Programa Mais Médicos.

I. INTRODUCCIÓN

A carência de médicos no Brasil tem sido um problema recorrente na política de saúde brasileira. Em que pese o entendimento de que a prática médica, sobretudo na atenção básica, deva ser conduzida por uma equipe multiprofissional, a insuficiência de médicos que atendam em regiões isoladas, no interior do país e que vislumbre o cuidado do paciente na atenção básica mostra-se como um entrave para a efetividade do Sistema Único de Saúde no país.

Por essa razão, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado por meio da Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentada pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 e tem como principal objetivo a formação de recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde⁽¹⁾.

A finalidade do Programa consiste no fortalecimento da Atenção básica, comumente conhecida como atenção primária, vez que leva médicos para regiões desassistidas por profissionais de saúde.

A Atenção Básica é definida como o primeiro nível de atenção em saúde, sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Este trabalho é realizado, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde - UBS⁽²⁾.

Dessa forma, a estruturação da Unidade Básica de Saúde – UBS possui como eixos norteadores a resolutividade e coordenação do cuidado por meio de equipes multidisciplinares, compostas por profissionais da saúde que, através de ações programáticas e demandas espontâneas, atendem a população no primeiro âmbito da saúde.

Registra-se que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada pela Portaria 2488/2011, que entrou em vigor em 21 de outubro de 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família – ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade da participação social.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS⁽³⁾, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Assim, a equipe de Saúde da Família é multiprofissional, sendo composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde, devendo ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas.

De acordo com dados do Programa Mais Médicos existem, no Brasil, 40,7 mil UBS em funcionamento em todos os estados, sendo que nesses postos de saúde atuam mais de 39,1 mil ESF, o que representa um aumento de 135% em relação a 2002, quando foram registradas 16,7 mil equipes. O número de agentes comunitários de saúde (ACS) também subiu 49%, de 175,4 mil em 2002 para 265,2 mil em 2015. Houve ainda um crescimento de 459% no número de equipes de saúde bucal, passando de 4,2 mil em 2002 para 23,8 mil equipes hoje⁽²⁾.

Cada ESF beneficia em média 3,5 mil pessoas, de modo que, entre 2002 e 2015, a população coberta pela Atenção Básica teve um crescimento importante de 120%, passando de 54,9 milhões para mais de 134 milhões de pessoas. Somente o Mais Médicos já beneficiou mais de 63 milhões de cidadãos com as 18.240 vagas autorizadas para o provimento de profissionais Brasil afora. Ademais, nas UBS são realizados diversos procedimentos que fomentam a prevenção de doenças dos usuários, como por exemplo, a aplicação de vacinas, o rastreamento e a identificação de fatores de risco, além do diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação, entrega de medicamentos, dentre outros.

Portanto, a Atenção Básica está presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades, e é neste atendimento que 80% dos problemas de saúde são resolvidos. Com a reformulação da PNAB, o atendimento básico foi alçado à condição de prioridade de governo, de modo que definiu mecanismos para o aperfeiçoamento do sistema e consolidou a valorização da atenção básica junto à população e aos profissionais de saúde. De acordo com as avaliações Programa Mais Médicos, foi nesse contexto que, em 2013, nasceu o Programa, como uma política pública que responde ao diagnóstico identificado na PNAB e propõe soluções para a qualificação da atenção básica brasileira.

II. MÉTODO

O método de pesquisa escolhido foi descritivo e exploratório tendo como procedimento a pesquisa bibliográfica e documental. Optou-se em analisar as avaliações preliminares acerca do Programa Mais Médicos e relacionar aos objetivos propostos pela Política Nacional de Atenção Básica.

III. RESULTADOS

Segundo a OMS, em 2013, a relação de médicos por habitantes no Brasil era de 17,6 para cada 10 mil pessoas, sendo esta uma relação alarmante visto que é inferior à média do restante dos países emergentes (17,8), além de ser também inferior à média das Américas (mais de 20). A partir desta definição, o governo brasileiro iniciou a discussão sobre trazer médicos de outros países para o Brasil para atender, emergencialmente, áreas de maior déficit de acesso à saúde, considerando a relevante disparidade entre as diferentes regiões do Brasil, visto que em algumas cidades do Sudeste havia uma média de 20 médicos por 10 mil habitantes, enquanto nas regiões Norte e Nordeste esta média cai vertiginosamente, como no caso do Maranhão com a média de 7 médicos por 10 mil habitantes.

Desta forma, o programa busca resolver o déficit existente no atendimento básico, além de fomentar e fornecer condições para que, no futuro, haja a continuidade na formulação desta política. Ademais, o Programa Mais Médicos se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país. A Lei nº 12.871/13, em seu segundo artigo, prevê as principais ações vislumbrando alcançar os objetivos do Programa: Art. 2º Para a consecução dos objetivos do Programa Mais Médicos, serão adotadas, entre outras, as seguintes ações: 38 I - reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; II - estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País; e III - promoção, nas

regiões prioritárias do SUS, de aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino- serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional⁽¹⁾.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil foi instituído no âmbito do PMM, de modo que médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no país poderão participar do projeto, assim como os médicos formados em instituição de educação superior estrangeiras, desde que por meio de intercâmbio médico internacional, sendo observada a seguinte ordem de prioridade: § 1º A seleção e a ocupação das vagas ofertadas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil observarão a seguinte ordem de prioridade: I - médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados; II - médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; e III - médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior⁽¹⁾.

São considerados médicos estrangeiros aqueles que, independentemente da nacionalidade brasileira ou estrangeira, tem registro profissional no exterior. Sendo assim, o médico intercambista participante do programa precisa respeitar as normas relacionadas à sua condição no Programa. Vale ratificar que o médico intercambista não poderá atuar em outro município distinto do que foi alocado, não sendo permitido exercer funções se não as ações da Atenção Básica. Além disso, o profissional estrangeiro recebe um Registro do Ministério da Saúde (RMS) que permite sua atuação no PMM, possuindo validade restrita à permanência do profissional no Programa.

Registra-se, ainda, o Módulo de Acolhimento e Avaliação dos intercambistas, que nada mais é do que uma capacitação que ocorre antes do médico ser direcionado ao município. Este momento se dá de forma presencial (160h), em que são ministradas aulas de língua portuguesa, legislação do Sistema de Saúde brasileiro e funcionamento e atribuições do SUS, especialmente da Atenção Básica. Nesse período, o médico intercambista passa por uma avaliação para auferir seus conhecimentos e avaliar se o mesmo encontra-se apto para exercer suas funções. Caso seja atestada a qualificação do médico, o Ministério da Saúde providenciará o RMS, e posteriormente o mesmo será direcionado ao município no qual será recebido pelo gestor e pela equipe multiprofissional na qual será inserido. Caso reprove no Módulo de Acolhimento e Avaliação, o médico intercambista será submetido à nova avaliação em regime de recuperação, sendo que se o mesmo não conseguir obter êxito nesta segunda oportunidade, será automaticamente desligado do PMM.

No início do Programa havia poucos médicos brasileiros interessados em cobrir a necessidade dos postos de saúde, especialmente em cidades do interior do país. Neste contexto, em julho de 2013, o governo realizou um acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁽⁴⁾, organismo internacional de saúde pública que faz parte da ONU, no sentido de trazer médicos cubanos para o Brasil para ocupar as vagas não preenchidas por outros brasileiros ou outros estrangeiros. Após dois anos de existência, o Programa trouxe mais de 18.240 médicos distribuídos em 4.058 municípios, ou seja, em 73% dos municípios brasileiros, além de atender 34 distritos de saúde indígenas, de modo a garantir atendimento médico a 63 milhões de brasileiros que eram atendidos de forma insuficiente, ou que não possuíam acesso à saúde básica⁽⁵⁾. O Relatório de mais de 14 universidades e instituições de pesquisa que formaram a Rede Observatório do PMM, além do Relatório elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU), a partir da avaliação da chegada dos médicos em diversos municípios, constataram os impactos positivos sentidos pela população, como 33% de aumento no número

de consulta de janeiro de 2013 a janeiro de 2015 nos municípios participantes do programa ante 15% de aumento nos demais⁽⁵⁾.

Outrossim, a devolutiva dos pacientes e usuários é significativamente positiva, pois de acordo com uma pesquisa conduzida pela Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Instituto de Pesquisas Sociais e Políticas e Econômicas de Pernambuco, que entrevistou 14 mil usuários em quase 700 municípios do país, aponta que 95% dos usuários disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a atuação dos médicos do programa⁽⁵⁾. Além disso, do total de entrevistados, 85% disseram que a qualidade do atendimento médico está melhor ou muito melhor após a chegada dos profissionais do programa, afirmando que a atenção do profissional durante a consulta melhorou, havendo mais atenção e humanização nas consultas, sendo que 82% afirmaram que tais consultas passaram a resolver melhor os seus problemas de saúde⁽⁵⁾.

Foram relatados ainda como principais melhorias e diferenças percebidas após a implementação do Programa o aumento do número de consultas, além do fato de que, atualmente, há atendimento disponível todos os dias da semana, sendo possível ter acesso à saúde com mais facilidade e frequência⁽⁵⁾.

Com o PMM, houve ainda um amplo investimento financeiro na melhoria das instalações para o atendimento dos pacientes, vez que não adiantaria o aumento do número de médicos se não houvesse estruturas adequadas para permitir a atuação dos mesmos. Assim, o governo federal investiu mais de 5 bilhões para o financiamento de construções, ampliações e reformas de 26 mil UBS através do programa articulado ao Mais Médicos, Requalifica UBS, que é destinado à qualificação da infraestrutura das UBS, a fim de garantir uma eficaz estrutura que capacite a execução das atividades exercidas pelas equipes integrantes das Unidades Básicas de Saúde⁽⁵⁾.

IV. CONCLUSIONES

O presente trabalho tratou de demonstrar a situação problemática referente à saúde no Brasil, considerando que tal direito encontra-se resguardado constitucionalmente, sendo, portanto, um direito de todos e dever do Estado garantir acesso universal e igualitário aos cidadãos.

Para tanto, partiu-se da concepção de que, historicamente, o direito à saúde percorreu uma evolução crucial até os tempos atuais, uma vez que, paulatinamente, houve a desconstrução de seu aspecto meramente caritativo, passando a ser considerado como uma garantia na Constituição Federal de 1988, sendo conceituado como um direito fundamental⁽⁶⁾.

Todavia, para que tal garantia prevista na Carta Magna seja assegurada e eficaz, o Estado materializa tal direito mediante políticas públicas, sociais e econômicas, traçando diretrizes para o enfrentamento dos problemas públicos em busca das soluções das dificuldades encaradas pela sociedade.

Desta forma, considerando a insuficiência de médicos voltados à Atenção Básica nas regiões remotas e de difícil acesso, a concentração desses profissionais nas grandes capitais, o número reduzido de vagas de graduação e residência no país e a precariedade das UBS, o Estado formulou uma política para diminuir esse déficit social. Portanto, o PMM é uma política social instituída com o objetivo de diminuir o escassez de médicos no Brasil, além de investir na criação de novas vagas de graduação e residência para que haja a continuidade desta política, a fim de que, futuramente, a relação de médicos por habitante no Brasil seja suficiente para a efetivação do direito fundamental à saúde.

Ao analisar os resultados alcançados pelo Programa após dois anos de existência, resta-nos concluir que tal política tem alcançado sua finalidade com excelência, visto que, de forma emergencial, diminuiu a carência de profissionais médicos na Atenção Básica, levando mais de 18.240 médicos para os municípios, de modo a garantir atendimento médico a 63 milhões de pessoas que não possuíam acesso à saúde básica ou que eram atendidas de forma insuficiente.

Ademais, houve ainda um investimento na construção, ampliação e reforma de 26 mil UBS, possibilitando que os profissionais integrantes das equipes multiprofissionais pudessem exercer suas atividades de atendimento à população com mais qualidade e eficácia.

REFERENCIAS

- (1) Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 out 2013 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
- (2) Brasil. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você. O que é atenção básica? Portal DAB 2015 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php.
- (3) Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
- (4) Opas. Agenda da Saúde das Américas 2008–2017. In: Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos: Anais do 37...; jun 2007; Panamá. Panamá; 2007 [acesso em 12 nov 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf.
- (5) Brasil. Programa Mais Médicos. Portal Mais Médicos 2015 [acesso em 20 nov 2017]. Disponível em <http://maismedicos.gov.br/>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- (6) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.