

A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades

The retention of health professionals in high need areas

Francisco Eduardo de Campos ¹
Maria Helena Machado ²
Sábado Nicolau Girardi ³

¹ Médico; Professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (MS).
francisco.campos@saude.gov.br

² Socióloga; Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ); Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS.
helena.machado@saude.gov.br

³ Médico; Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRh).
girardi@superig@com.br

RESUMO *Desigualdades geográficas e sociais na distribuição de recursos humanos em saúde, especialmente médicos, que acarretam iniquidades de acesso aos serviços de saúde, têm sido apontadas como problema grave, persistente e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento, pelos governos da maioria dos países. Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os que mais sofrem com as situações de insegurança assistencial ocasionadas pela falta de profissionais de saúde. O artigo aborda o problema e descreve políticas e programas governamentais adotados para o seu enfrentamento em diversos países. Os autores defendem a necessidade da adoção, em nosso país, de uma Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS composta por diversas ações e estratégias: a carreira nacional dentre elas.*

PALAVRAS-CHAVE: *Qualidade; Carência; Saúde.*

ABSTRACT *Geographical and social inequalities in the distribution of human resources for health, especially physicians, are a serious and persistent problem affecting many countries and regions; they are also resilient to many different governmental strategies adopted to overcome them. Generally the poor are the most affected by the inequality of access to health care and the insecurity caused by the lack of health professionals. This article examines the problem of maldistribution of physicians and describes some strategies and programmes designed by some countries to fight the problem. The authors defend the adoption of a national health policy in human resources that would assure health security for all. The so called health national career is among the strategies to be adopted.*

KEYWORDS: *Quality; Privation; Health.*

INTRODUÇÃO

O adequado provimento de serviços de saúde a regiões remotas, pobres e periféricas é um problema em quase todos os países do mundo. Situações de carência e má distribuição geográfica de provedores de serviços, especialmente médicos, têm sido apontadas como problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos da maioria dos países regiões. Países com distintos sistemas econômicos e políticos e níveis de riqueza e desenvolvimento vivenciam esse drama comum.

De fato, os médicos costumam se concentrar nas cidades maiores deixando desassistidas as cidades pequenas, as áreas rurais, as comunidades mais remotas e as regiões mais pobres das grandes cidades. Em geral, os segmentos mais pobres e desprotegidos das populações são os mais atingidos por esta situação de insegurança assistencial em saúde e a ela muitas vezes se somam problemas de insegurança pública, alimentar, econômica e social, que agravam a situação de privação essencial a que tais populações são submetidas.

Com uma relação que varia, segundo a fonte utilizada, entre 150 a 190 médicos por 100 mil habitantes, a situação geral do Brasil não é muito pior que a de países mais ricos como o Canadá (coeficiente de 210 médicos por 100 mil habitantes), o Japão (193:100 mil), os Estados Unidos (264:100 mil), ficando à frente de países

como a Índia (110:100 mil) e a da Coreia (130:100 mil)¹. Na verdade, a relação média de um médico para cerca de 600 habitantes, observada no Brasil, situa-se abaixo do parâmetro ideal de um médico para cada 1.000 habitantes, por alguns atribuídos à Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta média geral esconde, no entanto, a existência de extremas desigualdades: ao lado de situações de saturação de médicos nas grandes cidades e regiões mais ricas do país coexistem situações de extrema privação, ao qual são submetidos expressivos contingentes da população do país pela ausência de médicos. De fato, cerca de 7% dos municípios brasileiros não registravam, no início de 2009, a presença de profissionais médicos nos seus limites e aproximadamente 42% da população residiam em municípios com relação de menos de um médico para cada 4.000 habitantes. As regiões Norte e Nordeste, com 8 e 28% da população, concentravam, respectivamente, 4,3 e 18,2% dos médicos.

Mas, conforme foi dito, o Brasil não é um caso isolado. Apenas para citar alguns outros, nos Estados Unidos (*ratio* de 264 médicos por 100 mil habitantes), estimativas atuais indicam que cerca de 54 milhões de pessoas residem em comunidades e regiões designadas pelo Governo Federal como áreas de escassez de profissionais de saúde, sem acesso a cuidados básicos, em razão de barreiras econômicas, geográficas e culturais. Neste país existem atualmente mais de três mil áreas geográficas designadas pelo Governo Federal como áreas carentes ou desassistidas de profissionais de saúde e alvos de políticas governamentais federais específicas para enfrentamento do problema. Nada menos que quatro

¹ Usando como fonte os dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para dezembro de 2008, relativos ao número de profissionais médicos (CPF único) constantes no Cadastro, foi obtida a *ratio* médico/população de 150:100 mil ou alternativamente, o número de médicos em atividade inscritos no cadastro do Conselho Federal de Medicina de 190:100 mil. Os demais dados foram extraídos de Girardi, S.N. *et al. Avaliação Nacional da Demanda de Médicos Especialistas*. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – Nescon, 2009. Os outros dados são retirados do CNES, competência de dezembro de 2008, e se referem ao número de médicos com CPF único. Foram, então, identificados 272.169 médicos (CPF único) para 776.800 vínculos ou entradas de médicos no CNES. Os dados da população são estimativas da contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2008.

dessas áreas geográficas e cinco grupos específicos de população com carência severa de profissionais de saúde situam-se no coração da ilha de Manhattan, na cidade de Nova Iorque.

Na China, de acordo com um *survey* recentemente realizado, 72% dos residentes em áreas rurais não detinham recursos para ter acesso a médicos e 89% daqueles com doenças graves não tinham acesso à hospitalização. Neste país, a densidade de médicos por população em áreas urbanas era de mais de duas vezes daquela em áreas rurais e a de enfermeiras mais de três (ANAND *et al.*). O governo federal do Japão, o qual tem 193 médicos para cada 100 mil habitantes, em 2007, lançou um programa federal para lidar com o problema da escassez severa de médicos em áreas rurais e em especialidades tais como a pediatria e a obstetrícia (RYOSO, 2007). O governo da Índia, também muito recentemente, em 2008, para combater a carência severa de médicos, especialmente nas áreas rurais, decidiu pelo reconhecimento automático de diplomas emitidos por escolas médicas reconhecidas da Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia². Na Índia existem cerca de 115 médicos alopatas para 100 mil habitantes, conforme dados do governo.

No Canadá, o qual conta com aproximadamente 210 médicos por 100 mil habitantes, menos de 10% praticam em áreas rurais porquanto 21% dos canadenses vivem nestas áreas (PONG, 2008). Regiões ricas como a província de Ontário, vêm desenhando e implementando políticas e programas para atrair e reter médicos em comunidades carentes e áreas remotas desde os anos 1960, quando da criação do Seguro Nacional de Saúde e suas contrapartes em nível das províncias. Mesmo assim, no início dos anos 1990 o problema ainda era apontado entre os cinco nós mais críticos do sistema de saúde, situação que persiste ainda hoje (BARER; STODDARD,

1991). Conforme assevera Pong (2008), situações de má distribuição severa de médicos constituem:

claramente uma situação inaceitável, especialmente no Canadá, onde existe um sistema nacional de cuidados médicos, com dois dos seus princípios básicos sendo 'acessibilidade' e 'universalidade'.

Pode-se dizer que para nós também, que temos assegurado na Constituição o direito à saúde, sob os princípios da universalidade e equidade de acesso, a existência de situações que não asseguram o acesso a um mínimo de assistência e serviços de saúde em determinadas áreas geográficas para suas populações constituem situações inaceitáveis.

É evidente que a superação definitiva dos problemas de carência e má distribuição de médicos não é tarefa fácil, se mesmo exequível. A diversidade de estratégias utilizadas pelos diversos países, sob os mais distintos sistemas econômicos e políticos e diversos níveis de riqueza e desenvolvimento, sugere a complexidade e resistência do problema. As soluções não são simples e o uso simultâneo de estratégias aparentemente paradoxais, como o recurso a medidas coercitivas, a exemplo do serviço social obrigatório visa a estratégias de retenção de médicos amplamente apoiadas na decisão livre e espontânea dos indivíduos falarem *per se*.

Recorrendo a uma analogia com a medicina, a má distribuição de médicos se pareceria mais a uma condição crônica do que a uma doença que pode ser curada. Mesmo não havendo esperança de cura, existe a necessidade imperiosa do bom manejo da condição. À observação cuidadosa dos sinais e sintomas, ou em outras palavras, à soberania da clínica, devem ser somados procedimentos propedêuticos adequados para o correto diagnóstico. O necessário uso de múltiplas terapêuticas, entretanto, carrega o risco de interações iatrogênicas.

² Ver: <http://chronicle.com/news/article/4209/facing-a-doctor-shortage-india-will-recognize-foreign-medical-degrees>

O CASO BRASILEIRO

A carência de médicos no Brasil é um problema persistente. Carlos Gentile de Mello, ainda nos anos 1970, já demonstrava uma estreita vinculação entre a distribuição de médicos e o nível de renda da população: o número de médicos aumentava na medida do crescimento da renda. Em 1973, por exemplo, o Brasil contava com um médico para cada 2.040 habitantes sendo que em São Paulo esta relação era de um médico para 1.570 habitantes, e no Rio de Janeiro era de um médico para 610 habitantes. Os estados do Maranhão e Piauí contavam então com um médico para cada 7.000 habitantes. À época, o Brasil contava com 1.895 municípios sem médicos e 2.171 sem agências bancárias, e a concentração dos médicos guardava estreita relação com a das agências bancárias sugerindo que fatores idênticos condicionavam as respectivas escolhas locais (MELLO, 1981). Pode-se dizer que, a nossa situação é hoje bastante mais confortável. Contamos com cerca de um médico para aproximadamente 676 habitantes e a disponibilidade de médicos pelos estados e regiões melhorou sobremaneira³. A má distribuição geográfica persiste, entretanto, como grande desafio a ser enfrentado. O Norte, com 8,0% da população, detém 4,3% dos médicos ao passo que o Sudeste, com 42,3% da população concentra 54,7% dos médicos. Da mesma forma, os municípios com mais de 500 mil habitantes, com 30% da população, concentram mais de 50% dos médicos.

Conforme Maciel Filho (2007), no intervalo entre os primeiros diagnósticos formulados nos anos 1970 por Carlos Gentile, entre outros, e os dias atuais, os governos federais implantaram quatro programas que tiveram a interiorização dos médicos entre suas metas: o Projeto

Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), durante o regime das ditaduras e antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e na vigência de regimes democráticos plenos, já sob a égide do SUS, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde, em 1993 e mais recentemente, já nos anos 2000, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), instituído em 2001 e extinto em julho de 2004.

É defendido o ponto de vista que a criação do SUS, como sistema de direitos universais e os arranjos institucionais descentralizados, de natureza pública e com gestão participativa (controle social), foi o grande fator que impulsionou os avanços observados na interiorização e melhoria da distribuição dos médicos.

De fato, a Constituição Federal de 1988, ao definir a política de saúde e a criação do SUS, estabelece as competências de cada ente federado, dentre as quais a prioridade da atuação do município na atenção básica, e igualmente, que o financiamento das ações de saúde deve ser feito de forma tripartite, com a participação da União, dos estados e dos municípios.

Machado (2007), debatendo o artigo de Silva e Silva (2007) sobre os desafios da gestão municipal em relação à contratação de pessoal, destaca que:

ao longo destas duas décadas de estruturação do SUS ocorreu uma forte inversão do 'parque sanitário brasileiro', especialmente aquele sob o comando público – houve uma descentralização dos órgãos, hospitais, ambulatórios, leitos e empregos de saúde, que passaram a ter centralidade nos municípios. (p. 18-19).

Ao final da década de 1970, o Brasil contava com apenas 13.133 estabelecimentos de saúde, passando para 18.489, em 1980, e para 77.004, em 2005, gerando mais de 2,5 milhões de empregos diretos de saúde, sendo que

³ Ver a pesquisa *Situação de Saúde da População Brasileira: Perfil Sociodemográfico, Epidemiológico, Fontes de Financiamento e Demanda Acolhida por Regiões e Municípios*, coordenada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Ministério da Saúde.

boa parte destes empregos estão concentrados na esfera municipal (Quadro 1).

Da mesma forma, o crescimento da oferta de empregos no setor público, nestas três décadas, se deu a partir da expansão do 'parque sanitário municipal'. Em 1976, representava 11% do total de empregos públicos do SUS e, em 2005, aumentou para 65%. O foco passou a ser o município, que, além de precisar ampliar sua rede de atendimento, teve de buscar se adequar à nova realidade, ou seja, ser o maior empregador de saúde do país.

Contudo devemos questionar: de qual estrutura e infraestrutura o SUS dotou o setor municipal para dar conta desta missão constitucional? De que instrumentos e modelos de gestão pública? É necessário observar os problemas, os entraves oriundos de um processo constitucional de municipalização do sistema de saúde brasileiro e buscar equacioná-los, tendo sempre em vista a qualidade da assistência prestada à população.

Paralelamente ao processo de municipalização do SUS, o Brasil experimentou um crescimento de municípios sem precedentes. No final da década de 1950, o país já contava com 2.763 municípios, registrando até 1964 um aumento de mais de mil municípios, passando a 4.114 (Quadro 2). Um novo *boom* de municípios ocorreu no final da década de 1980, quando aconteceu a segunda grande expansão municipalista, mais de 1.500 novos municípios, ou seja, o país passa a ter, em 2004, 5.562 municípios. Resumindo, em 50 anos, o Brasil dobrou o número de municípios.

Estudos realizados em municípios brasileiros por Silva (2001) mostram que

[...] a gestão municipal mais autônoma – gestão plena do sistema municipal – aumentou a capacidade dos gestores locais para formular e implementar políticas. Essa maior autonomia permitiu a implementação, de medidas gerenciais e assistenciais inovadoras que estão beneficiando os usuários. Os limites e avanços, no entanto, ficaram evidentes na impotência dos

gestores, mesmo quando claramente comprometidos com o movimento sanitário, para atender à maioria das reivindicações dos usuários. As reclamações dos atores descartadas ou não resolvidas diziam respeito a melhorar a equidade no acesso aos serviços médico-hospitalares, a dificuldades sobre suas necessidades de saúde – para, por exemplo, adquirir insumos e medicamentos ou desenvolver adequadamente práticas de autocuidados. Evidentemente, esse tipo de problema tem determinantes complexos, que não se resolvem apenas com gestões locais inovadoras. (p. 249).

Não há dúvida de que a municipalização do SUS fez com que os municípios passassem a ser responsáveis pela assistência local, tomando para si a responsabilidade de prover o sistema de capacidade instalada suficiente para atender a população. A atenção básica passou a ser responsabilidade dos municípios, o que significa prover

QUADRO 1 – Evolução da capacidade instalada no sistema de saúde brasileiro

| Variáveis | 1980 | 1992 | 2005 |
|--------------------------|----------------|------------------|------------------|
| Estabelecimentos | 18.489 | 49.676 | 77.004 |
| Privado | 8.444 | 22.584 | 31.915 |
| Público | 10.045 | 27.092 | 45.089 |
| Federais | 1.575 | 1.387 | 1.044 |
| Estaduais | 5.768 | 7.043 | 1.496 |
| Municipais | 2.712 | 18.662 | 42.549 |
| Empregos* | 573.629 | 1.438.708 | 2.566.694 |
| Público | 265.956 | 735.820 (51,1) | 1.448.749 |
| Privado | 307.673 | 702.888 (48,9) | 1.117.945 |
| Empregos públicos | 265.956 | 735.820 | 1.448.749 |
| Federais | 122.475 | 113.987 | 105.686 |
| Estaduais | 96.443 | 315.328 | 345.926 |
| Municipais | 47.038 | 306.505 | 997.137 |

* A noção de empregos refere-se a postos de trabalho revestidos ou não dos elementos fático-jurídicos da relação de emprego típica. Estão aqui incluídos os vínculos estatutários, o emprego assalariado celetista, os contratos temporários e os profissionais autônomos. Incluem os empregos administrativos. Fonte: IBGE/AMS (vários anos).

QUADRO 2 – Evolução do número de municípios brasileiros

| Ano | Número |
|------|--------|
| 1960 | 2.865 |
| 1970 | 3.951 |
| 1980 | 3.974 |
| 1990 | 4.491 |
| 2004 | 5.562 |

Fonte: Anuários estatísticos do IBGE.

as estruturas de profissionais adequados para a produção desta assistência. Contudo, Silva (2001) analisa que:

com o esgotamento da capacidade de expansão do quadro de pessoal, em decorrência da falta de recursos financeiros e das dificuldades impostas pela legislação – tais como Lei de Responsabilidade Fiscal – os municípios estão tendo dificuldades em ampliar a oferta de serviços para atender as lacunas na assistência. (p. 274).

Por outro lado, há de se indagar esta autonomia absoluta municipal em se tratando da saúde, afetando a prestação de serviços de saúde e muitas vezes impedindo a prerrogativa constitucional de assistência a toda a população. Por exemplo, a concentração de mais de 90% de municípios com população de até 50 mil habitantes, reforçando a hipótese de que não houve um crescimento sustentável, mas uma proliferação de municípios – quase a metade dos municípios brasileiros (48,4%) tem menos de dez mil habitantes. Outro bom exemplo refere-se à concentração populacional, uma vez que apenas em 4,1% dos municípios (com mais de 100 mil habitantes) concentram-se mais de 50% da população do país, ao passo que a metade dos mais de cinco mil municípios responde por pouco mais de 8% da população total brasileira (Tabela 1).

Por fim, cabe avaliar a correlação quantitativa entre municípios, população e empregos. Enquanto 4% dos

TABELA 1 – Municípios brasileiros

| Porte do município (em habitantes) | 2004 n (%) |
|------------------------------------|--------------|
| Até 10.000 | 2.690 (48,3) |
| De 10.001 a 20.000 | 1.384 (24,8) |
| De 20.001 a 50.000 | 963 (17,3) |
| De 50.001 a 100.000 | 299 (5,3) |
| De 100.001 a 500.000 | 194 (3,4) |
| Mais de 500.000 | 31 (0,6) |

Fonte: IBGE – estimativas do censo demográfico, 2004.

⁴ A Amazônia Legal tem uma extensão territorial de aproximadamente 5.109.812 km², ou seja, 61% do território nacional. Segundo Censo (IBGE, 2000), a região tem cerca de 21 milhões de habitantes, o que representa uma baixa densidade demográfica (cerca de 4/hab/km²). Compreende também cerca de 70% da Amazônia sul-americana, que inclui áreas pertencentes a Bolívia, Colômbia, Equador, Peru, Suriname, Venezuela e República Cooperativa da Guiana. Localizada na parte norte, nordeste e centro-oeste do Brasil, a região limita-se com todos esses países, com exceção do Equador, detendo um a faixa de fronteiras da ordem de 12 mil km.

municípios detêm mais de 65% dos empregos em saúde, o que equivale a mais de 1.400.000 dos 2,5 milhões de empregos existentes no setor, em torno de 74% dos municípios são responsáveis por apenas 13% da parcela dos empregos de saúde do país, sejam eles de nível superior, médio ou elementar, atuando na rede ambulatorial ou hospitalar. Neste caso, o que deve ser registrado é a escassez ou até mesmo a ausência de profissionais necessários nos municípios para prestar assistência à população.

Ilustrando o dito acima, os municípios da Amazônia Legal representam o exemplo concreto destas desigualdades regionais. Segundo Oliveira (2008), quatro características são marcantes na Amazônia Legal⁴:

[...] de um lado, a mais baixa taxa de urbanização do país (57,8%, comparada a média nacional de 75,5%); de outro, uma taxa de crescimento anual de 3,9% entre 1980 e 1991, e de 2,4% no período 1991/2000, maiores índices nacionais registrados); uma composição por faixa etária em que se evidencia o maior percentual do país de população de crianças de menos de 14 anos e, em contrapartida, o percentual mais baixo de idosos (metade da média nacional de envelhecimento); e finalmente, a maior concentração de população indígena do país. (p. 67).

Ainda segundo o autor, utilizando a citação de Becker (2000), a

Amazônia é a única região do país onde cresce a população em cidades com menos de 100 mil habitantes, sendo expressivo o crescimento de cidades com 20 e 50 mil habitantes. Tal processo ocorre, sobretudo, nos estados de Rondônia, Mato Grosso e de Tocantins e no leste do estado do Pará. Adensamento de novos núcleos é formado em torno de Belém, Cuiabá, Manaus, São Luís e nos estados de Rondônia e Tocantins no sudeste do estado do Pará.

Deve-se ressaltar que ocorreu também uma grande modificação estrutural no povoamento regional com o deslocamento ao longo das rodovias e não mais ao longo da rede fluvial, como no passado.

Processou-se na região uma penosa mobilidade espacial, com forte migração e contínua expropriação da terra e, assim, ligado a um processo de urbanização. Em vista disso, a Amazônia teve a maior taxa de crescimento urbano no país nas últimas décadas. No curso de 2000, 70% da população na região Norte estava localizada em núcleos urbanos, embora carente de serviços básicos. (OLIVEIRA, 2008, p. 75).

O autor descreve ainda que na Amazônia,

a maioria da população urbana vive de serviços e tem rendimento médio mensal (no início de 2000) muito abaixo do desempenho nacional, só perdendo para o Nordeste. O índice de educacional da Amazônia Legal é bastante insatisfatório registrando taxa de analfabetismo de 32,7% na população de dez anos ou mais. Situação se torna pior ainda se comparada aos índices nacionais, como por exemplo, região Sudeste com 9,3% e de 9,1% na região Sul. Outros dados que evidenciam a discrepância educacional entre a Amazônia Legal e as demais regiões do país, referem-se aos percentuais de doutores que não chegam a 4% do total existente no país enquanto 15,6% da população amazônica têm zero de escolaridade. O IDH dos estados amazônicos é o menor do país. (OLIVEIRA, 2008, p. 69-73).

Segundo Oliveira (2008),

o quadro de saúde da região amazônica expressa desigualdades existentes de forma marcante. É fruto do processo histórico, econômico e social que impactou, em especial, os seus recursos florestais e redundou em um quadro epidemiológico, no qual recrudescem doença como a malária, tuberculose, hepatite B e hanseníase e outras tidas como erradicadas, como é o caso da febre amarela, dengue, leishmaniose. Além disso, a expansão da atividade minerária implicou o surgimento de doenças ocupacionais que na contaminação mercurial umas das suas mais graves manifestações. (p. 74).

Outro dado ainda mais preocupante para o SUS refere-se à mortalidade infantil.

A mortalidade infantil reflete não apenas condições socioeconômicas precárias como também a inadequada assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. A região Norte apresenta, junto com o Nordeste, os valores médios e mais elevados de mortalidade infantil, respectivamente, 25,51 e 33,94 por mil nascidos vivos. Considerando a Amazônia Legal, este coeficiente chega a 20,7 por mil, sendo mais elevado nos estados do Pará (22,7) e Amapá (22,5). (OLIVEIRA, 2008, p. 75).

Com essa realidade, esses municípios acabam apresentando menor aptidão para o provimento e fixação de profissionais de saúde. Além destas dificuldades, os municípios muitas vezes sofrem com o fenômeno da concorrência extremamente danosa entre eles para a contratação de médicos, em especial, aumentando em muito os custos do sistema de saúde, posto que eleva, sobremaneira, a remuneração desses profissionais em função de verdadeiras 'bolsas de profissionais' na oferta de salários atrativos, tornando-os cada vez maiores e de difícil cumprimento, principalmente para os pequenos municípios.

Deve-se, portanto, enfatizar que muitos municípios, exatamente em função de suas frágeis vocações econômicas, acabam por comprometer parte expressiva e excessiva dos recursos que deveriam servir às diversas ações de saúde, com salários elevados artificialmente pela ação do mercado, pagos a profissionais inseridos no serviço público por meio de vínculos marcadamente instáveis. Tão ou mais graves ainda são as situações muitas vezes experimentadas por gestores que, não conseguindo cobrir ofertas salariais feitas por outros municípios a seus profissionais, acabam por fazer concessões que, por conseguinte, comprometem a qualidade da assistência prestada.

A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA ATRAÇÃO E RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As estratégias internacionalmente utilizadas para a superação da má distribuição geográfica e social de médicos são muito variadas em escopo e orientação. Barer e Wood (1997) sugeriram quatro categorias de estratégias: regulatórias/administrativas, educacionais, financeiras e estratégias de *laissez-faire*, estas últimas mais ao feitiço da profissão médica. No caso do Canadá, em uma revisão das estratégias e programas utilizados desde o início dos anos 1970 podem-se identificar, desde políticas de incentivo financeiro para que médicos e estudantes se fixem em áreas remotas, até o uso sistemático de pesquisas para apoiar o planejamento da interiorização da força de trabalho em saúde, passando pelo recrutamento direto de médicos pelos governos das províncias, pelo uso de provedores alternativos, pela difusão da telemedicina e mesmo a organização de faculdades de medicina em localidades remotas, a exemplo da recém-criada, Universidade do Nordeste de Ontário (*Northern Ontario University*).

Nos Estados Unidos, o *National Health Service Corps* (NHSC), desde 1971, quando foi instituído, é o maior programa federal criado para lidar diretamente com o problema da má distribuição de médicos no país. A ideia subjacente ao programa era a de que nem as forças de mercado, ou comunidades, isoladamente, dariam conta de prover serviços em regiões escassamente povoadas ou na quais as pessoas não pudessem pagar pelos serviços. Hoje, o NHSC conta com quatro programas principais para aliviar as situações de carência de profissionais de saúde: um programa de bolsas que inclui o pagamento de mensalidades, despesas com alimentação, moradia e material didático, para estudantes da área de saúde que se comprometam, sob contrato, a prestar serviços em áreas

carentes por igual número de anos que receberam a bolsa; um programa de refinanciamento de dívidas estudantis para os profissionais já formados; um programa de apoio financeiro a estados e comunidades e um programa de provisão de corpos de funcionários comissionados (empregados federais) vinculados ao Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (USPHS).

Atualmente somam cerca de 5 mil os integrantes destes programas, contando médicos, enfermeiras, pessoal de saúde bucal e mental. Desde 1978, a designação de Área de Escassez de Profissionais de Saúde (*Health Professional Shortage Area*) é usada para identificar localidades para a lotação de profissionais de saúde sob os programas do NHSC. São consideradas áreas de escassez aquelas em que a relação médico/habitante é menor que um para 3.500. Adicionalmente, são considerados fatores como a mortalidade infantil, a proporção de idosos, a proporção da população abaixo da linha de pobreza e a distância com relação a equipamentos resolutivos⁵.

É bastante conhecida a experiência da maioria dos países da América Latina com o serviço social obrigatório em regiões remotas e áreas desassistidas. A experiência implementada pioneiramente no México, em 1936, posteriormente foi estendida aos demais países da região (com exceção do Brasil e Chile), com resultados meritórios e dignos de serem tomados em conta.

Entre nós, a experiência da Fundação Serviços de Saúde Pública (Fundação SESP) que teve uma política de quadros federais em suas unidades mistas e ambulatoriais, conseguindo fixar profissionais com uma resolutividade superior aos serviços alternativos em regime de dedicação exclusiva, constitui um caso de imperativa reflexão (CAMPOS, 1988). Mais recentemente, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) mobilizou um grande contingente de profissionais para atuar em regiões carentes, ainda que pagando uma bolsa

⁵ Para um aprofundamento ver Girardi, S.N. et al. *Avaliação nacional da demanda de médicos especialistas*. Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde – NESCON, 2009.

de valor inferior aos salários praticados pelo mercado. Maciel Filho (2007), em sua tese doutoral, fez uma reflexão rica e aprofundada acerca deste processo que poderá deslindar um grande número de acertos e equívocos que iluminem o caminho daqui em diante.

A NECESSIDADE DA COMBINAÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Políticas de incentivo à fixação horizontal (o mesmo profissional em locais antes desassistidos) ou vertical (em geral conhecidas em alguns lugares como *task-shifting*, que implicam na redistribuição de funções antes restritas e exclusivas dos médicos possam ser assumidas por outras categorias profissionais) vêm sendo utilizadas em todo o mundo.

Em geral, estes incentivos são categorizados como sendo financeiros ou não financeiros. Sendo o incentivo financeiro muito importante – profissionais não se deslocam apenas por vocação ou idealismo, ficou claro também que eles não são o único estímulo. Estudos recentes em países africanos denotam que o incremento salarial, a partir de certo nível, perde potência e atratividade – ainda que se aumente muito o salário não se consegue motivar profissionais a se deslocarem a regiões distantes e ali se fixarem por períodos necessários para a formação de vínculos mais estáveis com as equipes e, sobretudo com as comunidades. Há, neste caso, um típico caso de perda da utilidade marginal da variável salário. A adoção simultânea de programas de incentivos não financeiros, a exemplo da oferta de educação permanente, da telemedicina, da melhoria das condições de moradia ou incentivos aos estudos dos filhos, a garantia de ascensão funcional, condições diferenciadas de concorrência a residência médica ou cargos públicos, desde que cumprido um período em regiões remotas, podem aumentar a eficácia das políticas.

No caso brasileiro, quais as razões pelas quais os profissionais não aceitam condições salariais por vezes muito vantajosas propostas pelos municípios? Todos eles, mas muito particularmente o médico, provém de um extrato social muito diferenciado, até mesmo porque as médias de candidato/vaga nos exames vestibulares tem se colocado em três dezenas de candidatos por vaga em grande número de instituições. Já há uma inserção urbana, se costume de consumir bens culturais que não existem em localidades ermas, esperam educação de boa qualidade para os seus filhos e, adicionalmente, foram formados em ambiente hospitalar, muitas vezes altamente dependente de tecnologias e dependentes da interação com colegas em interconsultas. Este é o ponto no qual os incentivos financeiros isolados demonstram incapacidade de reverter este comportamento.

Os problemas na área de gestão do trabalho são conhecidos e já desde muito tempo é considerado pelos gestores como um grande problema. Já no início desta década, Silva (2001) apontava a área como um dos pontos de estrangulamento do SUS. O autor afirma:

A inserção de novos profissionais de saúde no SUS, mesmo tendo sido crescente nas duas últimas décadas, tem sido ultimamente, constringida por fatores conjunturais e estruturais que poderão ter forte repercussão negativa na agenda futura do SUS. (p. 274).

Conclui o autor que

essa situação ampliou significativamente o quadro de servidores ativos dos municípios, porque, além de assumir as responsabilidades impostas pela transferência de serviços, esse nível de recursos humanos que atua nas redes básicas de saúde. Com o esgotamento da capacidade de expansão do quadro de pessoal, em decorrência da falta de financeiros e das dificuldades impostas pela legislação – tais como Lei de Responsabilidade Fiscal – os municípios estão tendo dificuldades

em ampliar a oferta de serviços para atender as lacunas na assistência. (p. 274).

Em artigo mais recente, Silva e Silva (2007) indicam alternativas a serem consideradas para superação dos impasses na contratação de profissionais. É apontada a revisão do pacto federativo, proposta a redefinição das responsabilidades e atribuições dos entes federados e uma Reforma Tributária, a qual possibilite mais adequada distribuição dos tributos e revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal, é apontado que existe um paradoxo entre a garantia constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a impossibilidade da ampliação da contratação de profissionais; criação de um fundo especial para contratação de trabalhadores do SUS, é proposta a construção de uma

agenda republicana que envolva os parlamentares e a sociedade como um todo no debate sobre a configuração do Estado brasileiro e suas implicações na consolidação do SUS. (p. 12).

Vale ressaltar que em quase todos os países do mundo, mesmo os que têm pletora de oferta profissional, têm desequilíbrios distributivos. Em certos países, a proposta de *task-shifting* está em curso, frente à constatação de que médicos dificilmente se interiorizam e qualificam outros profissionais, ou seja, utilizam provedores alternativos para as tarefas, até então, exercidas pelos médicos.

CONCLUSÃO

Quais soluções estão ao nosso alcance? Certamente não há solução simples para problema tão complexo.

As propostas abaixo não são excludentes, mas devem ser vistas como ações complementares.

É preciso construir saídas com a perspectiva de se produzirem políticas públicas que se tornem verdadeiramente políticas de Estado para atender os preceitos constitucionais que amparam o SUS. A constatação de que as dificuldades enfrentadas pelo SUS no recrutamento, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas de difícil, longínquos consideradas de baixo desenvolvimento socioeconômico imperioso à adoção da Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS. Estas dificuldades têm refletido diretamente no resultado das ações em saúde implementadas, em particular, por este Ministério e pelo Governo os quais objetivam a melhoria dos indicadores de saúde da população.

O refinanciamento de dívidas educativas em troca do exercício em áreas desassistidas, a concessão de bolsas de estudos a estudantes e residentes em troca de compromisso de exercício nestas áreas, por igual número de anos, sob contratos expressos, e, sobretudo, a criação da carreira nacional, figuram entre as ações e estratégias a serem empreendidas no âmbito da Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS.

Dentre estas, atenção especial e prioridade devem ser conferidas à carreira nacional, cujas principais diretrizes devem ser:

- definição de uma equipe básica para a carreira nacional do SUS, composta por médicos, enfermeiros e odontólogos, iniciando com médicos para atender os compromissos firmados no PAC da Saúde e na redução da taxa de mortalidade infantil;
- será priorizada a atenção primária para provimento desta carreira;

- os profissionais terão incentivos e políticas específicas para educação permanente nos serviços assegurados no seu plano de carreiras: curso de capacitação à distância em saúde da família, residência médica em áreas básicas e saúde da família, acesso ao TeleSaúde, entre outros; os profissionais receberão adicional de moradia;
- seu vínculo de trabalho será federal; e
- será assegurado o direito de trânsito de forma gradual para grandes centros vinculado à sua carreira nacional. O percurso da carreira será definido a partir da classificação dos municípios (quantitativo fixado no PAC) em níveis de dificuldades de provimento.

A Carreira Nacional da Saúde será constituída guardando semelhança com as carreiras de promotores, juízes ou militares.

Finalmente, seria um erro imaginar que a existência de um quadro de trabalhadores federais destinados aos municípios em situação de privação severa e persistente de profissionais de saúde devesse desestimular os municípios a seguirem seus esforços de fixação profissional. Em primeiro lugar, porque apenas em circunstâncias específicas em que a 'falha de mercado' for detectada, ou seja, nas ocasiões em que nem as forças do mercado ou a ação isolada do município for suficiente para prover as populações de segurança assistencial em saúde, proceder-se-ia a alocação deste corpo de profissionais federais. Em segundo lugar, porque desde uma concepção republicana, os municípios e estados serão coparticipantes do projeto, cabendo a eles, em última instância, a decisão de recorrer ao apoio federal.

REFERÊNCIAS

ANAND, S.; FAN, V.Y.; ZHANG, J.; ZHANG, L.; KE, Y.; DONG, Z.; CHEN, L.C. China's human resources for health: quantity, quality and distribution. *Lancet*, v. 372, n. 9651, p. 1774-1781, 2008.

BARER, M.L.; STODDARD, G.L. *Toward integrated medical resource policies for Canada*. Winnipeg: Manitoba Health, 1991.

BARER, M.L.; WOOD, L. Common problems, different solutions: learning from international approaches to improving medical services access for underserved populations. *Dalhousie Law Journal*, v. 20, p. 321-358, 1997.

BECKER, B.K. Cenários de curto prazo para o desenvolvimento da Amazônia. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 53-85, 2000.

CAMPOS, F.E. *Resolutividade: uma abordagem à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1988.

MACHADO, M.H. Gestão municipal e contratação da força de trabalho: qual o foco do debate? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 40, p. 18-21, jun. 2007.

MACIEL FILHO, R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

MELLO, C.G. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

OLIVEIRA, P.T.R. *Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia*. Belém: EDUFPA, 2008.

PONG, R.W. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: a study of policy implementation over 35 years. *Human resources for health*, v. 6, p. 24.

Ryoso, M. Addressing the physician shortage. *Health Policy Monitor*, 2007. Disponível em: <http://www.hpm.org/survey/jp/a10/2>. Acesso em 7, maio 2007.

SILVA, E.V.M.; SILVA, S.F. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 1, Rio de Janeiro, p. 7-13, 2007.

SILVA, S.F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: HUCITEC, 2001.