

Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde

Settlement strategies of health professionals in the National Health System by the context of Pacto pela Saúde

Marilda Siriani de Oliveira¹

¹ Médica sanitária; mestre em Saúde Coletiva; professora da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) da Disciplina de Administração e Planejamento em Saúde; membro do Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).
msiriani@famema.br

O Sistema Único de Saúde (SUS), nos seus 20 anos de criação e no atual estágio de desenvolvimento, exige do conjunto dos gestores, uma avaliação dos produtos, resultados e impactos sobre a saúde das pessoas, famílias e comunidades, visando à identificação dos nós críticos e possibilidades de enfrentamento, na perspectiva de seu aperfeiçoamento e reorientação das políticas e programas vigentes.

Os Sistemas Nacionais de Saúde, em geral, têm se defrontado com problemas na distribuição geográfica e fixação de profissionais de saúde, e no caso brasileiro tem sido consenso que tal situação vem dificultando a consolidação do SUS e a expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família, a qual ocupa um papel central na reorientação do modelo de cuidado e aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde. A forte concentração geográfica de profissionais e serviços de saúde tem sido um obstáculo para garantia dos princípios constitucionais de universalidade e integralidade e do princípio organizativo da descentralização (MACIEL FILHO, 2007).

Assim, cumprimento os autores do artigo “A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades”, os editores desta revista e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pela importante iniciativa de trazer este debate, com o objetivo de suscitar reflexões que apontem estratégias ampliadas, compartilhadas e de construção conjunta pelas três esferas de gestão do SUS.

Para a formulação de uma política ou estabelecimento de estratégias eficientes, eficazes e efetivas faz-se necessário uma rede explicativa que considere o maior número possível de nós explicativos. Há que se contemplar os olhares dos diferentes atores envolvidos no SUS, quais sejam os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. Só desta forma é possível construir uma intervenção com adesão e que seja sustentável, não se restringindo a um programa com verticalidade na gestão e com restrita inserção política dos estados e municípios.

Maciel Filho em sua tese de doutorado propõe eixos de análise, contemplando elementos complementares e buscando, com a construção de um marco referencial teórico, contribuir com a identificação de causas e estratégias de intervenção na distribuição e fixação dos médicos. O autor identifica cinco eixos de análise: a dimensão política, a capacidade de gestão dos municípios, a formação dos médicos, a distribuição das escolas médicas e o movimento migratório dos médicos. A proposta possibilita uma análise abrangente da problemática, mas vale a pena destacar alguns dos elementos constituintes destes eixos:

- a expectativa hegemônica que vem orientando a escolha de especialidades pelos estudantes de medicina, qual seja a valorização de uma prática médica especializada, em cenário hospitalar, com inserção bem sucedida no setor privado de atenção à saúde. Portanto, não são as necessidades da população ou a organização dos serviços públicos que tem determinado a especialização médica;
- as políticas de gestão do trabalho, nas diferentes esferas de gestão, não conseguiram garantir remuneração adequada, qualificação profissional e ascensão profissional, mesmo com as iniciativas em curso;
- a oferta de vagas das residências segue a distribuição das escolas médicas;
- crescimento significativo da saúde suplementar;
- redes de atenção à saúde com sistemas de regulação e governança fragilizados. Não se pode minimizar a construção histórica desta realidade, determinada pelo contexto político e socioeconômico vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas.

É importante destacar que os autores focam a análise diagnóstica na distribuição quantitativa dos profissionais, e na capacidade dos gestores municipais em fazerem este enfrentamento, em função dos limites jurídico-administrativos impostos aos municípios e não condizentes com a política do SUS. Ao mesmo tempo em que os autores sublinham questões estruturais, colocadas como desafios para as três esferas de governo, também são capazes de instigar e estimular o debate trazendo questões como: o egresso médico está preparado para o trabalho em regiões de necessidades? Que modalidade de formação pós-graduada é capaz de prepará-lo: um curso de especialização à distância ou a formação em serviço? Será que a instalação de uma rede de conectividade que possibilite a interação com outros profissionais? Quais atributos (atitudinais ou afetivos, cognitivos e psicomotores), na conformação das competências necessárias, são desenvolvidos em cada uma destas modalidades de educação e com que suficiência? Como promover políticas atrativas para fixação de profissionais para além da remuneração e das condições de trabalho? Como ampliar as capacidades dos municípios e estados, de regiões de necessidades, para o enfrentamento da não fixação de médicos e outros profissionais de saúde, sem ferir a autonomia federativa constitucional?

Os autores indagam ‘a autonomia absoluta dos municípios’, no setor saúde. Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os de outros para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao munícipe, de um ou outro município, a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria dos municí-

pios não é capaz de arcar com a totalidade da assistência à saúde do cidadão. Assim, a rede interfederativa, surge da necessidade de articulação entre os entes políticos para compor as redes de saúde. A rede interfederativa de saúde é a união dos entes políticos, autônomos, que juntos devem gerir um sistema integrado de saúde de âmbito intermunicipal, regional, estadual, interestadual e nacional, sem macular a sua autonomia federativa constitucional (SANTOS; ANDRADE, 2007). Esses autores afirmam:

[...] o SUS é um sistema público inovador em suas características organizativas, orçamentárias e financeiras, por isso enfrentou, durante todo esse tempo, dificuldades em sua formatação nacional descentralizada e foi palco de invenções e reinvenções, desde o convênio SUDS até o presente momento, que parece apontar para a articulação interfederativa consensual e flexível, ensejando, no sistema, o surgimento de uma administração pública centrada em novos paradigmas [...]. (p. 131-132).

As dificuldades jurídico-administrativas precisam ser enfrentadas, com ousadia e com o desenvolvimento de práticas de gestão inovadoras.

Dentre as responsabilidades na gestão do trabalho, o Pacto pela Vida e de Gestão estabelece:

Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. (BRASIL, 2006, p. 65).

No âmbito estadual e nacional, a responsabilidade assume caráter propositivo, mantendo a responsabilidade do pacto.

Recorrendo à mesma analogia dos autores do artigo em debate,

[...] de que 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 [...].

É importante considerar que o manejo de uma condição crônica deve estar focado no cuidado ampliado, considerando as dimensões biológica, psicológica e sociocultural na construção do plano terapêutico, pactuado com o usuário ou cliente e respeitando sua autonomia. O risco de uma intervenção não pautada pela integralidade pode significar baixa resolubilidade ou insucesso terapêutico.

A fixação de médicos em regiões de necessidades deve integrar a agenda do Estado para o desenvolvimento econômico e social do país, sendo então, para além do setor saúde e do Ministério da Saúde. No setor da saúde a política deve, na medida do possível, e após análise estratégica de viabilidade, contemplar o maior número possível de ações e operações, que se complementem e se potencializem.

A formulação de políticas regulatórias visando aberturas de vagas para graduação e especialização, que considere as necessidades de saúde da população e políticas indutoras para orientar escolhas e preenchimento de vagas, com estabelecimentos de cotas que possibilite às comunidades locais o acesso à graduação, especialmente em medicina, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades de origem, pode constituir-se em potentes estratégias de fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades.

A mudança na formação dos profissionais de saúde, já incentivadas pelo Ministério da Saúde e da Educação pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), cujo objetivo é qualificar a formação, oferecendo à sociedade, profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS, apresenta-se como proposta com potencial para fixação de profissionais, desde que esta formação tenha uma distribuição espacial mais equânime.

O aperfeiçoamento da gestão do trabalho, pelos gestores públicos, que contemplem políticas de educação permanente; remuneração compensatória que valorize o trabalho e o desenvolvimento profissional; redes de atenção que possibilitem um cuidado integral; e redes de comunicações e trocas de experiências que evitem o isolamento do profissional são algumas das estratégias potentes para reduzir os movimentos migratórios dos profissionais.

Considerando as questões apontadas e concordando com os autores ressaltamos a importância da criação de um *Plano de Carreira, Cargos e Salários* para os trabalhadores do SUS, pois a perspectiva de carreira, proteção e segurança até a aposentadoria; melhores condições de trabalho e remuneração; critérios estabelecidos de progressão ao longo da carreira; compromissos com o desenvolvimento do trabalhador e a garantia de investimento num amplo processo de formação e educação permanente podem constituir-se numa política atrativa para os trabalhadores e uma forma poderosa de fixação de profissionais.

Porém, as experiências vivenciadas pelos gestores municipais, ao longo destes últimos anos na construção do SUS, com redes de atenção operadas por trabalhadores de diferentes vínculos, salários e benefícios, cultura organizacional, desejos, expectativas na ocupação laboral, além dos pedidos constantes de mobilização, constituem indicativos dos riscos de uma carreira nacional para o SUS. Há que se ter uma carreira federal, estadual e municipal, cabendo ao gestor federal, a formulação de propostas, o incentivo à criação e o apoio técnico e financeiro aos estados e municípios, quando necessário.

Concluindo, é importante reforçar que uma única ação para uma temática tão complexa como esta pode constituir-se numa política reducionista de enfrentamento, se não combinada com outras ações, que contemplem uma análise diagnóstica mais abrangente. Utilizando novamente a analogia feita pelos autores, pode-se reduzir os riscos de interações iatrogênicas, mas não estamos livres dos efeitos colaterais da terapêutica instituída, mesmo sendo única.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº. 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Diário Oficial da União, n. 64, seção 1, abr., 2006.

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 263 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas: CONASEMS-IDISA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 57, p. 39-54, jan./abr., 2001.

LAVEN, G., WILKINSON, D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *The Australian Journal of Rural Health*, v. 11, n. 6, p. 277-284, 2003.