

**O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO
BRASILEIRA****THE PROGRAM “MAIS MÉDICOS” AND THE HEALTH IMPACTS IN
BRAZILIAN POPULATION**

Dan Rodrigues Levy - Professor da UNIFESP

Carla Eduarda Gomes Santos - Graduanda em Atuária pela UNIFESP

RESUMO

Dentre os atuais desafios enfrentados pelo Estado Brasileiro, aponta-se a dificuldade em se garantir para todos o Direito Social Fundamental à saúde, previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988. Como reflexo deste desafio, destaca-se o aumento dos serviços médicos de saúde, sobretudo, em decorrência do envelhecimento da população, impulsionado pela queda da fecundidade (redução do número de jovens) e da mortalidade (crescimento do número de idosos) no país. Nas últimas duas décadas, o governo brasileiro criou Políticas Públicas de saúde com o intuito de ampliar os serviços médicos, principalmente, para as populações carentes, residentes em regiões mais desprovidas. Neste sentido, o objetivo deste artigo é analisar o Programa Mais Médicos e os impactos na saúde da população brasileira. Esta política pública criada em 2013 pelo Governo Federal visa reduzir as disparidades entre a distribuição de médicos nas diferentes regiões do país, assim como, melhorar a qualidade dos atendimentos para população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS. O artigo abordará o conceito e um breve histórico sobre as políticas públicas de saúde no Brasil; a análise do Programa Mais Médicos e a importância do SUS; e a necessidade de um Estado Social presente, capaz de desenvolver medidas eficazes para a melhoria da saúde no país. Por fim, conclui-se que, independentemente de interesses partidários, uma política pública eficaz deve ser implementada com seriedade, através de investimentos necessários em infraestrutura básica e qualificação profissional, comprometida com os objetivos e fundamentos da República Federativa do Brasil para garantir a todos a fruição de um Direito Social Fundamental, qual seja, a saúde.

Palavras-Chave: Direito Social Fundamental à saúde; Programa Mais Médicos; SUS; Política Pública.

ABSTRACT

Among the challenges faced by Brazil, points up the difficulty to ensure for all the Social Fundamental Right to health, provided for in article 6° of the Federal Constitution of 1988. Reflecting this challenge, there is an increase in medical health care, particularly as a result of population aging, driven by the decline in fertility (reducing the number of young people) and mortality (the number of elderly growing) in the country. In the last two decades, the Brazilian government created Health Public Policy in order to expand medical services, especially to the needy, populations living in more deprived areas. Accordingly, the purpose of this article is to analyze the program “Mais Médicos” and health impacts of the Brazilian population. This public policy created in 2013 by the Federal Government aims at reducing disparities between the distribution of doctors in different regions of the country, as well as improve the quality of care for user population of the Unified Health System – UHS. The article discusses the concept and a brief history of the public health policies in Brazil; the analysis of the program “Mais Médicos” and the importance of the system; and the need for a welfare state present, able to develop effective measures to improve health in the country. Finally, it is concluded that regardless of partisan interests, effective public policy should be implemented seriously, through necessary investments in basic infrastructure and professional qualification, committed to the objectives and foundations of the Federative Republic of Brazil to ensure all the enjoyment of a fundamental social law, namely health.

Keywords: Social fundamental right to health; Program “Mais Médicos”; UHS; Public policy.

1. As políticas públicas de saúde no Brasil

Primeiramente, cabe mencionar o que se entende por políticas públicas neste artigo, para então apontar as principais políticas de saúde já desenvolvidos pelo Estado Brasileiro.

Políticas Públicas são ações positivas do Estado que visam minimizar as desigualdades sociais, proporcionando melhores condições de vida a todos. São instrumentos capazes de concretizar os objetivos fundamentais da República dispostos no art. 3º^[1] da Constituição Brasileira de 1988.

Conforme Maurício Lucchesi (2002), as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesses públicos.

Na essência da definição de políticas públicas, temos a busca da manutenção do bem estar social e a solução de problemas que possam interferir em sua conclusão.

Assim, as políticas públicas tendem a concretizar os Direitos Sociais Fundamentais do Estado Democrático de Direito dispostos no art. 6º^[2] da CF/88, como por exemplo, a saúde. Isto porque, quando esses direitos são lesionados ou simplesmente ameaçados de lesão, dão respaldo a uma possível reivindicação seja em face do Poder Judiciário ou perante o Estado de uma forma geral.

Por Direitos Sociais entende-se como sendo aqueles que atendem a uma universalidade de pessoas e são exercidos pelo Estado Social, Estado Providência ou Estado Interventor.

Na concepção Keynesiana de Estado Providência, ressalta-se uma intervenção ampla e coordenada deste ente público com a finalidade de intervir na economia, na redistribuição da riqueza e do rendimento, na regulamentação das relações sociais, no reconhecimento de direitos econômicos e sociais e na implantação de sistemas públicos de segurança social (NUNES, 2003).

Neste sentido, o princípio da responsabilidade social coletiva, inspirado no estado de bem-estar se impõe frente às desigualdades sociais, com a finalidade de que todos, indistintamente, possam usufruir melhores condições de vida.

Assim, no intuito de se garantir condições básicas de sobrevivência, através dessa ingerência, o Estado passa a utilizar instrumentos revestidos de maior preocupação social, a fim de assegurar direitos para uns frente a outros. Neste momento, as normas sociais são acionadas para efetivar tal demanda, revestindo-se de caráter programático carecendo muitas vezes de implementação.

O papel do Estado passa a ser repensado no sentido de atuar de forma positiva em relação às transformações sócio-econômicas e demográficas, necessitando-se deste ente público atividades organizadas no quadro de um planejamento estratégico, com a eleição prioritária de fins ou objetivos comuns e com os instrumentos mais adequados à sua consecução (COMPARATO, 1997).

Além disso, começa-se a se discutir também não somente uma necessária intervenção estatal frente a essa problemática, mas sim de que forma esta intervenção deverá ser realizada, isto é, em prol de quem o Estado intervém.

Acredita-se que em se tratando de direitos fundamentais sociais, como o direito à saúde, devem estes ser atendidos de forma prioritária pelo governo, entretanto aplicados de forma distinta, dependendo das necessidades. Porém, tais Direitos Sociais devem ser ponderados no caso concreto, variando de acordo com o tipo de ação estatal ou política pública, posto que não se acredita em prioridade geral, logo, tal prioridade deve ser eleita de acordo com as ponderações.

Para isso, relevante a contribuição de Leal e Reis (2004, p. 87) sobre o assunto:

Dado o estado de fragilidade econômica e cultural por que passa a maior parte da sociedade brasileira, e em face da capacidade e estágio de organização e mobilização do mercado neo-capitalista que se fortifica a cada momento no país, impõem-se ao Estado (parlamento, executivo, e judicante) a tarefa nuclear de criar condições objetivas e subjetivas à realização das prerrogativas e promessas constitucionais vigentes, notadamente a partir de procedimentos democráticos de inclusão social em todas as esferas e momentos da ação política gestacional das demandas comunitárias.

Desta forma, o Estado estaria mais próximo de solucionar as desigualdades sociais e regionais existentes na má qualidade dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país.

É nítido que as demandas por um serviço de saúde adequado aumentam em decorrência do envelhecimento da população. Na mesma linha, a desigual distribuição de renda dificulta uma saúde digna para todos.

Não se discute aqui sob que fundamento tais políticas públicas devem ser criadas, isto é, se devem levar em conta o nível financeiro de determinado grupo de indivíduos, ou o seu capital social ou cultural para se desigualar com ações afirmativas.

O que se pretende questionar neste tópico é a necessidade do Estado criar medidas que possam garantir a concretização dos Direitos Sociais, pelo simples fato de serem Fundamentais, partindo do pressuposto da inclusão social.

Neste sentido, vivemos em um país onde o fornecimento de saúde pública é heterogêneo nas diferentes regiões do Brasil. Enquanto uns tem à sua disposição grande concentração de médicos, outros lutam por atendimento básico, chegando a esperar anos pelo mesmo.

Com base nisso, recentemente uma nova política pública de saúde foi criada por meio da Lei nº 12.871/2013. O Programa Mais Médicos visa melhorias na redistribuição de médicos nas diferentes regiões do Brasil, com foco principal em atendimento à atenção básica, levando atendimento às áreas menos favorecidas e também praticando melhorias nos cursos de medicina ofertados no país.

O objetivo deste artigo é analisar o Programa Mais Médicos – a mais recente e polêmica política pública na área de saúde em nível nacional – e entender os reflexos deste programa para na saúde pública brasileira.

Adianta-se que, o Mais Médicos, se bem implementado e fiscalizado, tem capacidade de diminuir a espera por atendimento em redes públicas de saúde e suprir a falta de profissionais em regiões carentes, além de priorizar investimento em estruturas de atendimento e equipamentos, problemas que atingem grande parte da população brasileira, a qual tem como seu único meio de acesso à saúde pública o Sistema Único de Saúde – SUS.

1.1. O Sistema Único de Saúde – SUS

Em 1986, após a VIII Conferência Nacional de Saúde e com grande participação social, a concepção de saúde foi ampliada com base no princípio da saúde como direito universal, tendo o Estado como seu garantidor, posteriormente assegurado na Constituição Federal de 1988.

Em 1990 entrou em vigor a Lei nº 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde (que futuramente seria alterada pelas Leis nº 9.832/1999, 10.424/2002 e 11.108/2005), cujo objetivo foi regulamentar os artigos 196^[3] e 200^[4] da Constituição Federal de 1988. A Carta Magna dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que cabe ao Estado prover garantias para seu acesso, por exemplo, através de políticas públicas (Simões, 2009).

Partindo deste princípio, o Estado é o responsável pelo fornecimento gratuito de medicamentos e tratamentos de saúde para aqueles que não possuem condições de arcar com os custos destes produtos e/ou serviços.

Assim, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, positivou-se a saúde como um Direito Social Fundamental, devendo o Estado garanti-la a todos. Para tanto, criou o SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, visando a redução de riscos de doenças e de outros possíveis agravantes, estabelecendo condições para que se assegure o acesso universal e igualitário por parte de todos.

O nível de qualidade no oferecimento de saúde a uma população está altamente envolvido com a qualidade de organização social e econômica de um País, fornecimento de saneamento básico, moradia, alimentação, educação, um meio ambiente com qualidade, as possibilidades de lazer oferecidas e também o acesso aos bens e serviços essenciais.

Não é possível obter qualidade de vida e saúde sem saneamento básico, água tratada, rede de esgoto adequada, pois o contato constante com vírus e bactérias torna a sociedade vulnerável a doenças que poderiam ser facilmente evitadas caso os serviços públicos básicos fossem ofertados normalmente.

Ainda segundo a Lei nº 8.080/1990, todo o serviço de saúde prestado por órgãos públicos seja ele federal, estadual ou municipal, constitui o Sistema Único de Saúde. Ações e serviços

de saúde executados por órgãos públicos ou em parceria com entidades privadas serão organizados de forma regionalizada, ou seja, de acordo com características específicas e necessidade da região atendida, pois o serviço ofertado para a região sudeste, por exemplo, é diferente daquele realizado na região nordeste – a primeira conta com uma grande concentração de médicos qualificados; a segunda com uma expressiva escassez de profissionais capacitados.

O SUS é um sistema universal, isto é, toda a população, independente do nível social, renda ou origem, deve utilizá-lo sem distinção, de acordo com suas necessidades. Mesmo em casos de não utilização, todos são beneficiários através de campanhas de vacinação, campanhas preventivas, controle sanitário (conjunto de ações para eliminar e prevenir riscos à saúde e a intervenção em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente), registro de medicamentos, ou mesmo em hospitais públicos onde o atendimento é feito por universitários ou residentes, devido a busca por especialização e pesquisa, através de tratamentos inovadores.

O SUS é o sistema onde todas as unidades interagem na busca do mesmo objetivo. São princípios do SUS: a universalidade, como um sistema universal acessível à todos; a integralidade, pois a saúde de uma pessoa não pode ser dividida devendo ser tratada como um todo; a equanimidade, porque deve oferecer recursos de acordo com a necessidade de cada indivíduo; a descentralização para que todos sejam atendidos, seja por meio de políticas de alcance municipal, estadual ou mesmo federal; a regionalização e hierarquização, pois nem todos os municípios conseguem atender a maioria das necessidades de sua população; e talvez o principal, a eficácia e eficiência no atendimento, para assim prestar um atendimento de qualidade, solucionando problemas locais, de acordo com a disponibilidade de recursos, evitando desperdícios para a melhor utilização dos recursos públicos.

Em algumas regiões do país, há instalações médicas, aparelhagem, etc., mas não há profissionais qualificados e aptos a desenvolverem as atividades. Em muitas outras regiões, mais carentes, a precariedade de médicos e a infraestrutura para atendimento mínimo é preocupante, como por exemplo, no estado do Maranhão, onde há 0,68 médicos para cada habitante, já no Distrito Federal há 4,02 médicos para cada mil habitantes (IBGE, 2010).

A direção do Sistema Único de Saúde é única, de acordo com o inciso I do art.198 da Constituição Federal. A estrutura da administração é exercida de acordo com o art. 9º da Lei nº 8.080/1990 nas três esferas: federal (Ministério da Saúde), estadual (Secretaria Estadual de

Saúde ou órgão equivalente), e municipal (Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente).

Como já tratado, o SUS é um sistema que não busca a centralização, mas possui um gestor único em cada esfera de governo, o que auxilia no atendimento populacional, pois, cada município sabe quais são as maiores necessidades de sua população, sendo o município o principal responsável pela saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Estatisticamente falando, o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas. No ano de 2007 foram realizados 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 403 milhões de exames laboratoriais, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes e também o controle mais avançado de AIDS no mundo, porém os avanços numéricos nem sempre representam a realidade vivida em todo o país (REIS; ARAÚJO; Cecílio, 2009).

O Brasil prevê um sistema de saúde público universal, integral e gratuito, entretanto, a população enfrenta diversos problemas para usufruir de um direito constitucionalmente positivado no art. 6º CF/88. Um exemplo disso são pesquisas, artigos científicos, estudos que relatam o abarrotamento do Sistema Único de Saúde – SUS, levando assim a falta de credibilidade da população com o tratamento e as condições oferecidas por esse sistema.

Assim, buscando garantir um dos principais direitos sociais positivado no art. 6º da Constituição Federal de 1988, o Governo Federal, em 2013, criou uma nova política pública de saúde, o Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871/2013, tornando disponível ao SUS os meios para proporcionar a população um melhor nível de saúde possível. Entretanto, antes de analisar este programa, será apresentado as principais políticas públicas de saúde existentes antes do Mais Médicos.

1.2. O Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família, criado em 1994 e desenvolvido a partir do Programa de Agentes Comunitários – PACS (KILSZTAJN, 2001), visa aprimorar o desenvolvimento da saúde pública brasileira, e tem como objetivo um maior alcance populacional, levando o acesso à saúde em áreas que provavelmente não teriam acesso, garantindo um médico de especialidade geral.

Na época, o então Ministro da Saúde, Professor Adib Janete e sua equipe, estudaram uma nova maneira de atuação do governo para alcançar populações desassistidas em certos casos isolados, o que normalmente ocorria no Nordeste e na Amazônia (PROENÇA, 2014).

O programa visava levar atendimento básico de saúde à população mais carente, fazendo uma ligação entre o SUS e as equipes de atendimento. A equipe deveria ser multiprofissional, contendo um médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde. As equipes podiam ser responsáveis no máximo por quatromil pessoas, sendo a média recomendada de três mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 1996, na cidade de São Paulo, foram registrados 5.237 (cinco mil duzentos e trinta e sete) casos de mortalidade infantil em menores de cinco anos que poderiam ter sido evitados. Já no ano de 2012, foram registrados 2.302 (dois mil trezentos e dois) casos, o que demonstra uma diminuição de 56% nos casos de mortalidade de crianças com menos de 05 (cinco) anos, mas ainda assim, um número alto se comparado a outras cidades de países em desenvolvimento como o Brasil (Ministério da Saúde, 2004).

Mesmo sendo uma medida lançada há duas décadas atrás, o programa que é ativo até hoje mostra a realidade da saúde pública, em que grande parte da população carente não tem acesso aos hospitais, unidades básicas de saúde, vacinação infantil, entre outros atendimentos que são considerados básicos. Não é absurdo dizer que em muitas cidades, mesmo ao redor de grandes capitais, em postos públicos de saúde, para agendar uma consulta com especialidades básicas como um pediatra ou mesmo um cardiologista pode levar meses, não somente por falta de profissional, mas também por desorganização e precariedade das unidades de saúde e falta de aparelhamento médico.

1.3. A Política Nacional de Atenção Básica

Uma das políticas públicas de saúde propostas pelo governo brasileiro foi a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como sendo um conjunto de experiências acumuladas para o melhor desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), lembrando que no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, tem-se positivado o dever do Estado com a população no fornecimento de saúde pública.

Em outubro de 2011 como parte da política pública de revitalização e fortalecimento do sistema de saúde brasileiro, foi emitida pelo Ministério da Saúde a portaria de nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Um dos principais objetivos do programa é o fortalecimento da saúde básica, sendo aquela que prevê o contato preferencial de seus usuários, de fácil acesso, uma porta de entrada e uma comunicação direta entre a população e a rede de saúde.

Essa atenção básica tem como características fundamentais um conjunto de ações individuais e coletivas, promovendo e protegendo a saúde, prevenindo agravos, evitando diagnósticos tardios e também a redução de possíveis danos à saúde de seus usuários.

Outro ponto abordado pelo programa é a extrema necessidade de que essa política seja de fácil acesso, que tenha continuidade, humanização diante dos casos, equidade e principalmente a participação social.

Como se observa, o Poder Público, visando a concretização do Direito Social à saúde para todos, vem tentando ofertar, sobretudo para as parcelas mais desprovidas da população, um serviço mínimo de saúde básica, através das políticas analisadas acima, entretanto, muito ainda há de ser feito, principalmente em relação à qualidade dos atendimentos e da infraestrutura existente nas regiões mais carentes do Brasil.

2. O programa mais médicos e os impactos na saúde da população brasileira

O Programa Mais Médicos instituído em 8 de julho de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621 e posteriormente convertido na Lei nº 12.871/2013, tem como objetivo a ampliação do atendimento à usuários do Sistema Único de Saúde através do aumento do número de profissionais da saúde, sendo eles estrangeiros, e a ampliação do curso de medicina e do trabalho dos estudantes no SUS.

O principal objetivo do Programa Mais Médicos é formar recursos humanos na área médica para o SUS, conforme se depreende do art. 1º da Lei nº 12.871/2013, transcrito abaixo:

Art. 1º. É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;

III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;

IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;

V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;

VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;

VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e

VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Um dos grandes dilemas do Brasil, quando se trata de saúde, é a distribuição desigual de médicos pelo país, além das péssimas condições de trabalho, da falta de infraestrutura dos locais e equipamentos médicos, a escassez de recursos, dentre outros, o que contribui para algumas regiões serem mais atrativas do que outras para os profissionais da medicina.

De acordo com o Conselho Nacional do Ministério Público(2013), antes do Programa, o Brasil contava com uma média de 1,8 médicos por mil habitantes, um índice muito menor do que países como Argentina (3,2), Espanha (4) e Uruguai (3,7). Em 22 estados brasileiros, o número de médicos é abaixo da média nacional.

Outro grande dilema enfrentado pela população que utiliza o Sistema Único de Saúde é a falta de aparelhagem e de instalações adequadas para o atendimento. Portanto, é importante frisar que por mais que a falta de médicos seja um problema, a falta de instalações adequadas e aparelhagem também determinam de forma incisiva a qualidade do serviço de saúde no Brasil.

2.1. As Propostas do Programa

O Programa Mais Médicos é uma proposta inovadora e que deve ser encarada como um avanço, tanto para aqueles que desejam cursar medicina como também para a população cujo o acesso primordial à saúde é por meio do SUS.

O Programa visa garantir acesso à atenção básica às populações desassistidas, concentradas majoritariamente no Norte, Nordeste e periferias das grandes cidades, tendo em vista a forte resistência da maioria dos profissionais qualificados do país em se dirigirem para tais regiões, o que justificou a possibilidade de contratação de profissionais de outras nacionalidades (MELO, 2015).

O programa também propõe uma melhor alocação nos cursos de medicina propostos pelo governo federal, priorizando as áreas com menos relação de médico por habitante, e esse estudante posteriormente aplicará seus estudos em unidades de saúde do SUS, atendendo assim áreas que antes não eram escolhidas por médicos para sua residência.

Outra melhoria proposta é o aumento nos investimentos para a melhoria da infraestrutura de serviços públicos de saúde. Até o ano de 2014, de acordo com o Ministério da Saúde (2015), R\$ 15 bilhões foram investidos para melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde, além de R\$ 2 bilhões para 14 hospitais universitários. Dentro desta soma, R\$ 7,4 bilhões são destinados para construção de 6 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), para a reforma de 11,8 mil unidades, para a construção de 225 novas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), além da construção de 818 hospitais, com a aplicação de R\$ 3,2 bilhões incluindo a compra de 2.459 equipamentos.

Mudanças assim são necessárias, principalmente quando se fala no ingresso à universidade que oferece o curso de medicina. Em faculdades particulares o curso possui

custo elevado, sendo de acesso restrito, peneirando aqueles que são provenientes de camadas com menores recursos e oportunidades. Alguns defendem tal processo, pois assim, haverá melhores profissionais. Porém não faz sentido, pois a qualidade do profissional não é definida pelo processo seletivo e sim pela formação adquirida (PALACIOS, 2014).

Dentre as propostas do Programa Mais Médicos, o art. 13^[5] da Lei nº 12.871/13 destaca a necessidade de suprir a carência de profissionais nas periferias de grandes cidades e no interior do país. Em um primeiro momento, os brasileiros tem prioridade nas vagas, porém caso não sejam todas preenchidas, será aceita a participação de médicos estrangeiros.

Segundo Polato e Tavolieri (2013) também foi proposto a criação de um ciclo de dois anos, no curso de medicina, para atuação na atenção básica e nos sistemas de emergência e urgência do Sistema Único de Saúde. A partir de 2015 a graduação terá 8 anos, ao invés de 6 como é atualmente, isso sem contar com os anos necessários para aqueles que procuram fazer uma especialização. Com essa alteração, é esperado pelo governo aumento de 18 mil médicos na atenção básica e de 36 mil por ano a partir de 2022.

O Art. 4º^[6] da Lei nº 12.871/13 prevê como será o novo funcionamento dos cursos de medicina no Brasil. De acordo com a alteração, passa a ser obrigatório residência mínima de 2 anos no Sistema Único de Saúde, conforme segue:

Esta mudança poderá ser um marco para o Brasil no que diz respeito à políticas públicas na área de saúde. Sabe-se que a falta de organização e de investimentos é um problema a ser enfrentado pelo Programa Mais Médicos, mas resta claro que medidas para amenizar disparidades estão sendo tomadas e que o Governo Federal busca maneiras de mitigar tais problemas enfrentados na saúde brasileira.

Um ponto arriscado do Programa é a possibilidade dos pacientes serem atendidos por médicos recém-formados, que não conhecem a realidade brasileira, ou que ainda não possuem experiências e capacitações adequadas para trabalhar em locais de atenção básica com baixa tecnologia nas diversas regiões do país.

Coincidentemente ou não, médicos cubanos são especialistas nesse tipo de atendimento, pois a medicina cubana é fundamentada em atenção básica de saúde e

prevenção. Uma combinação contrastante que consegue atender a grande maioria dos pacientes e de obter ótimas estatísticas de saúde a um custo muito mais baixo.

Segundo Viviane Tavares (2013), de acordo com o Relatório de Estatísticas de Saúde Mundiais de 2011, da Organização Mundial de Saúde, o governo federal ainda é o que mais gasta com saúde pública, porém, possui uma contribuição menor do que é necessário. Do grupo de países que possuem um modelo de atendimento público de saúde, o Brasil é o que tem a menor participação do Estado, ficando com 44%, quase metade do que é investido no Reino Unido (84%).

Diante de intensa polêmica, a maioria da classe médica brasileira, sobretudo a que exerce a saúde privada, foi altamente crítica ao Programa, posicionando-se veementemente contra a vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, pois sustentam a sensação de perda de espaço e autonomia dos médicos brasileiros.

Neste sentido, observa-se uma postura conservadora e contrária ao Programa, deixando claro que os interesses corporativistas da classe médica se sobrepõem aos interesses da população.

Por outro lado, determinados médicos apoiaram o programa, ressaltando alguns pontos falhos, entretanto, reafirmando que esta política visa atender “(...) de modo imediato angústias primárias de parcela considerável da população que se encontrava totalmente desassistida e recoloca, no centro do debate político nacional, a bandeira do direito à saúde” (MELO, 2015: 15).

Após um ano de lançamento, o Programa arrematou críticas positivas. Números do Ministério da Saúde indicam que 14,4 mil profissionais foram distribuídos em 3,7 mil municípios e em 34 tribos indígenas. Cerca de 75% desses médicos estão em áreas de grande vulnerabilidade social (LABOISSIÈRE, 2014).

Além disso, cerca de 86% dos atendidos pelo Sistema Único de Saúde afirmam que, após um ano, o atendimento melhorou depois da chegada dos profissionais. Os impactos positivos já podem ser sentidos pela população. Conforme a chefe da missão médica cubana

no Brasil, atualmente 11.456 médicos cubanos são colaboradores do programa, garantindo atendimento de aproximadamente cinquenta milhões de habitantes (FORMENTI, 2014).

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (LABOISSIÈRE, 2014) apontam que o programa aumentou em 35% o número geral de atendimento em consultas na atenção básica, de 4.428.112 em janeiro de 2013 para 5.972.908 em janeiro de 2014. O atendimento de pessoas com diabetes também teve aumento de 45%, passando de 587.535 em janeiro de 2013 para 849.751 em janeiro de 2014. No mesmo período houve um aumento no atendimento de pacientes com pressão arterial em 5% e consultas para o pré-natal em 11%. Além de uma melhor otimização do atendimento em unidades básicas, reduzindo assim o encaminhamento para hospitais em 20%.

Portanto, pode-se dizer que o Programa, em um breve período, teve mudanças significativas para com o atendimento da população mais carente.

Avaliando em curto prazo, acredita-se que o programa está dando certo, mas que ainda há muito a fazer. Juntamente com a abertura de novas vagas em cursos de medicina, a criação de novos cursos e o investimento em infraestrutura, foram dados os primeiros passos para a melhoria na saúde pública. Claro que muito precisa ser melhorado, principalmente com maiores investimentos em especialização médica, pois há forte carência desse tipo de atendimento.

Pode-se destacar como pontos positivos relacionados ao programa, a melhor distribuição de médicos pelo país, levando em consideração que em 2013, havia 1.500 vagas não preenchidas por médicos, sendo em sua maioria em cidades do interior, com grande carência de profissionais da medicina. Portanto, o Programa Mais Médicos visa suprir essa necessidade, levando médicos estrangeiros para prestar atendimento em lugares que médicos brasileiros não atendem.

Outro ponto positivo são os investimentos propostos pelo Ministério da Saúde, na construção e reforma de hospitais, UBS e UPAS e também a compra de novos equipamentos, com destaque para a diminuição na espera do atendimento médico e da superlotação de hospitais e unidades básicas de saúde.

A ampliação do curso de medicina em dois anos também deve ser apontada como uma melhoria, pois a alocação de médicos para atuação em atenção básica e no sistema de urgência e emergência, contribui para o conhecimento de como é a real situação das pessoas que dependem do SUS.

Como pontos negativos, ressalta-se a falta de instalações e equipamentos adequados para o atendimento populacional, pois em certas regiões não há nem água potável, o que se questiona: como um médico pode submeter-se a tais condições de trabalho? Outro ponto de destaque é a ausência de investimentos nos cursos de medicina, lembrando o quão difícil é ingressar em uma universidade pública.

Por fim, o Mais Médicos apresenta-se como um programa novo, faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, objetivando acelerar os investimentos em infraestrutura nos hospitais e unidades de saúde e ampliar o número de médicos nas regiões mais carentes do país, como os municípios do interior e as periferias das grandes cidades.

Vale ressaltar que este Programa ainda será gerador de muitas críticas, sejam elas positivas ou negativas, mas um programa que em primeiro momento deve-se reconhecer os seus resultados.

3. Considerações finais

A sociedade brasileira passa por um momento de transformações demográficas significativas que afetam diretamente o gerenciamento dos recursos públicos, muitas vezes insuficientes para a concretização dos direitos sociais previstos no art. 6º da Constituição Federal de 1988, como por exemplo, o direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela CF/88 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, atualmente enfrenta defeitos em seu gerenciamento em decorrência do baixo investimento e escassez de recursos. Médicos reclamam da falta de infraestrutura, equipamentos e investimentos em pesquisas e tecnologia. Grande parte da população se demonstra insatisfeita com o atendimento médico na saúde pública. Os gestores municipais

vêm cobrando mais recursos estaduais e federais com o intuito de melhor atender as necessidades básicas da população.

Diante deste cenário, o Poder Público vem buscando implementar ações afirmativas visando a melhoria da saúde brasileira. Portanto, após a criação do SUS, várias políticas públicas de saúde foram criadas como “O Programa da Família”, a “Política Nacional de Atenção Básica” e o recente “Programa Mais Médicos”, analisadas neste artigo.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar o “Programa Mais Médicos” e os impactos na saúde da população brasileira. Criado pela Lei nº 12.871/2013, este Programa busca solucionar alguns dos problemas mais urgentes na área da saúde como: melhor redistribuição de médicos pelas regiões; maiores investimentos em infraestrutura e compra de novos aparelhos; a extensão do curso de medicina impondo aos médicos recém-formados passagem obrigatória pelo SUS; e a criação de novas faculdades que ofereçam o curso medicina.

Em mais de um ano de programa, alguns resultados foram positivos, como a diminuição das filas de espera nos atendimentos, o aumento no número de consultas de atenção básica, o aumento no número de pré-natal e também nas consultas de diabetes e pressão arterial.

Entretanto, faz-se necessário a continuidade do programa, objetivando o fortalecimento e incentivo aos estudos médicos e também a humanização diante das necessidades básicas populacionais. Políticas públicas de saúde devem ser levadas a sério e devem ser prioridade, porque por meio delas, visa-se obter uma vida digna para todos.

Por fim, o Programa Mais Médicos é importante e demonstra que o Estado busca mais uma vez solucionar problemas na saúde que existem há décadas. Mesmo parecendo ser uma política paliativa para alguns, este Programa deve ser encarado como uma política preventiva que busca melhorar a estruturação dos serviços de saúde pública no Brasil, sobretudo, nas áreas mais carentes do país.

^[1]Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

^[2]Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

^[3] Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às Ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

^[4]Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

^[5] Art. 13. É instituído, no âmbito do Programa Mais Médicos, o Projeto Mais Médicos para o Brasil, que será oferecido:

I - aos médicos formados em instituições de educação superior brasileiras ou com diploma revalidado no País; e

II - aos médicos formados em instituições de educação superior estrangeiras, por meio de intercâmbio médico internacional.

§ 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.

§ 2º Para fins do Projeto Mais Médicos para o Brasil, considera-se:

I - médico participante: médico intercambista ou médico formado em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado; e

II - médico intercambista: médico formado em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior.

^[6] Art. 4º. O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais.

BIBLIOGRAFIA

BERTONCINI, Mateus Eduardo Siqueira Nunes; COELHO, Edinaldo dos. **Incidência da Lei de Improbidade Administrativa ao Terceiro Setor: Instrumento de Controle para Garantia de Direitos Fundamentais – 2ª parte.** *Revista Jurídica*, [S.l.], v. 4, n. 37, p. 377-401, nov. 2015. ISSN 2316-753X. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/1055/742>. Acesso em: 12 nov. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.21902/revistajur.2316-753X.v4i37.1055>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 19 nov. 2015

BRASIL. **Lei n.º 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 27 nov. 2015.

COHEN, S. C. et al. **Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente.** Jul. 2004. Disponível em:

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E OS IMPACTOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA
<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a26v09n3.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

COMPARATO, Fábio Konder. **Ensaio sobre o Juízo de Constitucionalidade de Políticas Públicas**. São Paulo, Ed. RT – Revista dos Tribunais, Revista dos Tribunais, vol. 737, março de 1997, p. 11-22.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Audiência Pública sobre o programa “Mais Médicos para o Brasil”**. Jul. 2013. Disponível em: [http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Noticias/2013/Arquivos/Encaminhamentos - CNMP - Mais M%C3%A9dicos Vers%C3%A3o Final Revisada 1.pdf](http://www.cnmp.mp.br/portal/images/stories/Noticias/2013/Arquivos/Encaminhamentos_-_CNMP_-_Mais_M%C3%A9dicos_Vers%C3%A3o_Final_Revisada_1.pdf). Acesso em: 19 nov. 2015.

FORMENTI, Ligia. 86% acreditam que atendimento melhorou após Mais Médicos. **Revista Exame.com**. 04 set. 2014. Seção Brasil. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/para-86-atendimento-melhorou-apos-mais-medicos>. Acesso em: 29 ago. 2015.

KILSZTAJN, S. Programa Saúde da Família. **Revista Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 47, nº 4, outubro/dezembro de 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000400021&script=sci_arttext. Acesso em 19 ago. 2015.

LABOISSIÈRE, P. Programa Mais Médicos completa um ano. **Revista Exame.com**, 08 jul. 2014. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/programa-mais-medicos-completa-um-ano>. Acesso em: 24 ago. 2015.

LEAL, Rogério Gesta; REIS, Jorge Renato dos. Direitos Sociais & Políticas Públicas – Desafios Contemporâneos. IN: LEAL, Rogério Gesta; RECK, Janriê Rodrigues. **Possíveis Dimensões Jurídico-Políticas locais dos Direitos Civis de participação social no âmbito da gestão dos interesses públicos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf. Acesso em: 27 ago. 2015.

MELO, Daniela Tranches de. **Movimentos Sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil: a experiência do movimento sanitário e do Sistema Único de** **Rev. Bras. Prev., Curitiba, Paraná. v.6 n.1, p.125-146, Janeiro-Dezembro. 2015.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS no seu Município. Garantindo saúde para todos.** 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em 18 set. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha Entendendo o SUS.** 21 de junho de 2006. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 21 out. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 27 ago. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Mais Médicos – dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros.** 2015. Disponível em: http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acesso em 20. set. 2015.

NUNES, António José Avelãs. **Neoliberalismo e Direitos Humanos.** Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 140p.

PALACIOS, Ricardo. O Programa Mais Médicos. **Revista Samuel.** Novembro de 2014, nº11, p.18.

POLATO, A.; TAVOOLIERI, N. Crise na saúde: entenda as propostas polêmicas para a área. **Revista Época Online,** 19 jul. 2013. Disponível em: <http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2013/07/bcrise-na-saudeb-entenda-propostas-polemicas-para-area.html>. Acesso em: 24 ago. 2015.

PROENÇA, Nelson Guimarães. Os quatro mandamentos da saúde pública. **Revista Associação Médica de Medicina.** Novembro de 2014, nº 263, p. 3-5.

QUEIROZ, Roberlei Aldo; TEIXEIRA JR, Juarez Ribas; KNOERR, Fernando Gustavo. **Controle e Vigilância do Cidadão Através do Poder Público. Um Diálogo com Michel Foucault e Hans Jonas sobre Programas de Governo.** *Revista Jurídica*, [S.l.], v. 4, n. 37, p. 413-443, nov. 2015. ISSN 2316-753X. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/1057/744>. Acesso em: 25 nov. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.21902/revistajur.2316-753X.v4i37.1057>

REIS, Denize Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Portal da Universidade Aberta do SUS, 2009. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 20 nov. 2014.

SIMÕES, C. **Curso de Direito Social.** São Paulo: Editora Cortez, 3ª edição, 2009, p. 122 – 140.

TAVARES, Viviane. Gastos do Governo com a Saúde Pública. **Revista Samuel.** Novembro de 2013, nº11, p.52-55.