



IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

Tese de Doutorado

ESTRATÉGIAS PARA A DISTRIBUIÇÃO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE: O CASO BRASILEIRO

Romulo Maciel Filho

Orientadora: Célia Regina Pierantoni

Área de Concentração:

Política, Planejamento e Administração em Saúde

2007

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**ESTRATÉGIAS PARA A DISTRIBUIÇÃO E FIXAÇÃO DE
MÉDICOS EM SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE: O CASO
BRASILEIRO**

Autor: ROMULO MACIEL FILHO

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: CELIA REGINA PIERANTONI

Rio de Janeiro

2007

**CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC**

M152 Maciel Filho, Romulo.
Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro / Romulo Maciel Filho. – 2007
262 f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Tese(doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

1. Recursos humanos na saúde – Brasil - Teses. 2. Médicos – Brasil - Teses. 3. Políticas públicas – Brasil – Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título. Strategies for the distribution and retention of doctors in national systems of health: the brazilian case

CDU 614.253.1/.6(81)

Para Denise, Naia, Lia e Mariano

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço à Professora Célia Regina Pierantoni, pela permanente atenção dispensada a esta construção. A forma acolhedora e delicada com que realizou a sua orientação - com uma crítica abalizada e precisas sugestões - transformou o desenvolvimento deste trabalho em um processo além de educativo, prazeroso.

Particularmente gostaria de registrar o meu profundo agradecimento a minha brilhante amiga Alice Branco, a Vângela Costa da Silva e a Gilvan Mariano da Silva – membros do nosso grupo de pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz) - pelo apoio gigantesco durante todos esses quatro anos. Sem dúvida, sem eles esta tese não seria possível.

Algumas instituições e inúmeras pessoas foram fundamentais para a elaboração deste produto. Assim, digo também muito obrigado:

A Ieda Barros e Keyla Fonseca pela paciência e eficiência na busca pelas respostas a tantas demandas.

Aos companheiros e vice-diretores do CPqAM/Fiocruz Sílvia Montenegro, Marcos Malta, Eduardo Freese de Carvalho e Wayner Vieira pela solidariedade demonstrada quando, por força deste processo, diversas vezes tiveram que me substituir na direção da nossa unidade.

Aos amigos José Luis Araújo Jr., Ricardo Tavares, Antônio Mendes, Pedro Miguel dos Santos Neto, Jarbas Barbosa da Silva Jr., Kátia Medeiros, Ana Paula Sóter, Ary Miranda, Camila do Valle de Miranda e Tereza Varella, pelo incentivo e riquíssimas contribuições.

A Sergio Arouca, Mário Hamilton, Paulo Buss, José Paranaguá de Santana, Francisco Eduardo Campos, Mario Roberto Dal Poz, José Roberto Ferreira, Hésio de Albuquerque Cordeiro e Bertoldo Kruse, eternos mestres que com as suas práticas e ensinamentos me estimularam todo o tempo a concluir essa jornada.

A Maria Luiza Jaegger, Cláudio Duarte da Fonseca, Fernando Cupertino de Barros e Luiz Odorico Monteiro de Andrade, pelas atenciosas entrevistas.

À Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde (SEGETS/MS), à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e à Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS-BR) que, através da Rede de Observatório de Recursos Humanos – Estação CPqAM/Fiocruz, viabilizaram as condições materiais para que esse estudo se realizasse.

A todos os médicos do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e

Às entidades de representação médica, em especial ao Conselho Federal de Medicina (CFM), pelas valiosas informações prestadas.

E por fim, à minha família, pelo amor que me dá energia e me faz caminhar.

RESUMO

A distribuição geográfica de médicos é um problema com que se defrontam os sistemas nacionais de saúde e, no Brasil, tem se tornado um dos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise dos determinantes dessa distribuição está fundamentada em abordagens sobre o mercado de trabalho em saúde e no médico - sua formação ou oferta -, inseridos no contexto histórico, político, econômico, social e institucional em que são construídos.

O referencial de análise proposto neste estudo tem como objetivo evidenciar os fatores e condicionantes que interferem na distribuição e fixação de médicos e identificar possíveis estratégias de intervenção que podem ser aplicadas à realidade brasileira, no contexto das políticas públicas.

O mote para essa discussão é a compreensão de que a forte concentração geográfica dos profissionais e dos serviços impede a concretização dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à própria descentralização.

As estratégias tentadas pelo governo brasileiro também são abordadas, mais especificamente, o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Interiorização do SUS (PISUS). Essa análise é complementada com um estudo de caso sobre a experiência recente no campo da política pública em saúde destinada a minimizar a má distribuição de médicos no território nacional: o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), implementado pelo Ministério da Saúde em 2001. Sua condição de estratégia inédita na política de recursos humanos em saúde em nosso país permitiu identificar aspectos relevantes para qualquer iniciativa que pretenda fortalecer a distribuição de profissionais de saúde, para além dos grandes centros urbanos.

Por fim, o estudo oferece um referencial de análise para a distribuição e a fixação de médicos, construído a partir dos elementos contemplados na revisão da literatura, na discussão teórica, no aporte das experiências nacionais e internacionais e nos resultados obtidos no estudo de caso.

Palavras-chave: política pública em saúde, recursos humanos em saúde; médicos, interiorização.

ABSTRACT

The medical geographical distribution is a matter that challenges the national systems of health and, in Brazil, it's becoming one of the main challenges to face to consolidate the SUS (Sistema Único de Saúde – Unique System of Health). The analysis of the determinative ones of this distribution is based on approaches about the work market in health and the doctor - his formation or offer -, inserted in the historical context, politician, economic, social and institutional where they are constructed.

The referential of analysis considered in this study has as its objective to make evident the factors and conditioning matters that interfere with the distribution and retention of doctors and to identify possible strategies of intervention that they can be applied to the Brazilian reality, in the context of the public politics.

The motto for this discussion is the understanding of that the strong geographic concentration of the professionals and of the services it obstructs the concretion of the principles that conduct the SUS (Unique System of Health), particularly as for the universalization, to the integrality and to the proper decentralization.

The attempted strategies by the Brazilian government also are focused, emphasizing the Rondon Project, the PIASS (Program of Actions of Health and Sanitation in the interior area of Brazil – rural area) and PISUS (SUS program for the rural areas). This analysis is complemented with a case study on the recent experience in the field of the public health politics destined to minimize the bad distribution of doctors in the national territory: the PITS (a program to stimulate and increase work in the field of health in the interior area of Brazil), implemented by the Ministry of Health in 2001. Its condition of unheard-of strategy in the politics of human resources in health in our country allowed identifying relevant aspects for any initiative that intends to fortify the distribution of health professionals towards out of the great urban centers.

Finally, the study offers a referential of analysis for the distribution and retention of doctors, constructed from the elements contemplated in the bibliographic revision, in the theoretical discussion, in the related national and international experiences and in the results gotten in the case study.

Keywords: public health politics, human resources in the field of Health, doctors, retention of doctors in the interior area of Brazil (rural area)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
Contexto geral do estudo.....	8
Objetivos	11
Plano de Apresentação.....	12
1. CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO E DA OFERTA DE MÉDICOS NO BRASIL	13
1.1. A inserção do médico no mercado de trabalho em saúde.....	13
1.1.1. Aspectos conceituais	13
1.1.2. Antecedentes e dinâmica do mercado de trabalho em saúde nas últimas décadas..	16
1.1.3. O Programa de Saúde da Família (PSF): uma nova opção	27
1.2. A oferta de médicos e seus determinantes históricos.....	32
2. MERCADO DE TRABALHO E OFERTA DE MÉDICOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS: ENCONTROS E DESENCONTROS	49
2.1. Descompassos entre os aspectos demográficos e a disponibilidade de médicos.....	49
2.2. Desigualdades na distribuição dos serviços de saúde.....	56
2.3. A concentração de escolas médicas.....	64
3. O ENFRENTAMENTO DA MÁ DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS EM OUTROS PAÍSES	69
3.1. A experiência latino-americana	70
3.1.1. Argentina	71
3.1.2. Chile	72
3.1.3. Colômbia	72
3.1.4. Costa Rica	73
3.1.5. Equador	74
3.1.6. México	75
3.1.7. Peru	77
3.1.8. República Dominicana	79
3.2. A experiência australiana.....	79

4. A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA E SUAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	81
4.1. Estratégias da ditadura militar.....	90
4.1.1. <i>Projeto Rondon</i>	90
4.1.2. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)	98
4.2. Estratégias pós-redemocratização	104
4.2.1. <i>Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)</i>	104
4.2.2. <i>Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)</i>	107
5. ESTUDO DE CASO: O PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (PITS)	114
5.1. Procedimentos metodológicos	114
5.1.1. <i>O estudo de caso como estratégia de pesquisa</i>	114
5.1.2. <i>Fases, instrumentos e fontes de dados</i>	116
5.2. Análise da experiência	123
5.2.1. <i>Os municípios contemplados.....</i>	123
5.2.2. <i>Os médicos no PITS.....</i>	126
5.2.3. <i>Atuação da Coordenação Nacional.....</i>	157
5.2.4. <i>Atuação das Coordenações Estaduais.....</i>	187
5.2.5. <i>Atuação dos municípios.....</i>	189
6. ESTRATÉGIAS DE DISTRIBUIÇÃO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM SISTEMAS DE SAÚDE	204
6.1. Construindo um referencial de análise	204
6.2. Eixos de análise.....	204
6.2.1. <i>A dimensão política.....</i>	205
6.2.2. <i>A capacidade de gestão dos municípios</i>	211
6.2.3. <i>A formação dos médicos</i>	215
6.2.4. <i>A distribuição das escolas médicas.....</i>	220
6.2.5. <i>O movimento migratório dos médicos.....</i>	227
6.3. Síntese das recomendações	231
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	234
ANEXOS	247

INTRODUÇÃO

Contexto geral do estudo

Por sua crescente complexidade, o setor saúde tem progressivamente se tornado um importante gerador de empregos na economia brasileira e mundial. Somente no Brasil, o setor é responsável por quase 60 mil estabelecimentos de saúde, gerencia cerca de 600 mil leitos hospitalares e gera aproximadamente 2 milhões de empregos diretos (Machado, 2003). A assim chamada “indústria da saúde” caracteriza-se como intensiva em mão-de-obra, uma vez que os gastos com recursos humanos, nesse setor, são superiores aos demandados pelos demais recursos necessários à produção em saúde (Dal Poz, 1996; Paim, 1994).

Essa complexidade se expressa, na área de recursos humanos, por meio de distintos e abrangentes elementos que envolvem: as modalidades do sistema de saúde; as práticas assistenciais; o mercado de trabalho; a legislação e a regulação; os mecanismos de contratação; as práticas educativas e as instituições formadoras; as corporações profissionais; e os movimentos sociais.

São elementos que têm sido objeto de inúmeros estudos e pesquisas, transformando a temática de “recursos humanos em saúde” em área específica de investigação acadêmica e científica. No Brasil, somente nas décadas de 70 e 80, Schraiber & Peduzzi (1993) identificaram cerca de 500 trabalhos sobre o tema.

Desde os anos 50, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem estimulando as iniciativas de pesquisa na área (Paim, 1994). O apoio da OPAS, inicialmente, deu ênfase aos estudos sobre a formação médica, privilegiando projetos ligados à Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária (OPAS, 1976; Paim, 1994). Mas foi nas décadas de 70 e 80 que o debate se intensificou em nosso país e, desde então ampliou sua abrangência, explorando os aspectos políticos, econômicos, sociais e estruturais que conformam as práticas de saúde e os recursos humanos nelas envolvidos. No entanto, em que pese o acúmulo de conhecimento proporcionado pelo conjunto de abordagens que hoje compõem o campo de estudo sobre recursos humanos em saúde, as tentativas de reordenamento dessa área, seja no âmbito da formação, seja nas questões relativas ao trabalho, ainda não foram capazes de responder efetivamente aos desafios colocados (Campos *et al.*, 2001; Corneta *et al.*, 1996; Dal Poz, 1996; Paim, 1994; Pierantoni, 2000).

Assim, se por um lado, avançam as análises, propostas e estudos sobre o tema; por outro, permanece o hiato em incorporá-los à ação política efetiva.

No plano analítico recente das reformas do sistema de Saúde podemos situar dois momentos referenciais: a definição constitucional do Sistema Único de Saúde, na década de 80, e a definição macropolítica da Reforma do Estado. Na área de recursos humanos em saúde esses marcos não são tão delimitados e se desenvolvem em um mix inovador e conservador com uma característica marcante: inovador, pela qualidade dos debates e da produção intelectual no campo específico e, ao mesmo tempo, conservador pela baixa institucionalidade alcançada entre a formulação e a execução efetiva de ações transformadoras do sistema de Saúde focadas na área de recursos humanos. (Pierantoni, 2000: 19-20).

Ainda segundo Pierantoni (2000), essa: “[...] *aparente contradição entre o conhecimento do ‘problema’ e a adoção de estratégias para solucioná-lo pode ser identificada entre os processos que envolvem a construção do sistema de Saúde e a trajetória das políticas setoriais.*”

Nos campos, por exemplo, da formação e, particularmente, da distribuição de recursos humanos, objeto deste estudo, apesar da Constituição de 1988 definir que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar esses processos, não é o que se verifica na prática institucional: “*Os instrumentos de poder de que dispõe o sistema de saúde para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos no país até o momento não foram utilizados.*” (Campos *et. al.*, 2001.: 54).

O Ministério da Saúde é, em essência, o condutor da política nacional de saúde. Ainda que, a partir do SUS, estados e municípios tenham passado à condição de entes gestores autônomos do sistema, a Lei Orgânica estabelece que cabe ao Ministério da Saúde o papel de coordenador nacional do SUS (Brasil, 1990). Entretanto, embora o próprio Ministério tenha admitido que “[...] *a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação [...]*” (Ministério da Saúde, 1993a: 15), sua atuação tem estado muito aquém do papel que lhe cabe. Dal Poz (1996) lembra que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária e as conferências nacionais de recursos humanos em saúde chegaram a formular alguns princípios básicos para o estabelecimento de uma política para a área, tendo em vista o novo sistema de saúde que se buscava construir, mas que as “[...] *principais proposições podem ser consideradas como válidas até hoje, já que praticamente nenhuma foi implementada.*” (Dal Poz, 1996: 62).

Conquanto esteja claro e fundamentado o diagnóstico do não cumprimento de tal atribuição, é escassa a literatura que se dedica a explorar suas repercussões sobre a distribuição geográfica de profissionais de saúde no país, particularmente do médico. Pensar as implicações desse papel e dessa atuação para o conjunto dos recursos humanos é, sem

dúvida, de muita relevância. Contudo, se considerarmos que a política de recursos humanos funciona como um instrumento de regulação política e de estabelecimento de condições socioestruturais para que o trabalho em saúde se realize como tal e que este se encontra, ainda hoje, fundamentalmente centrado no trabalho do médico, parece pertinente centrar a investigação sobre esta categoria profissional.

As transformações por que vem passando a categoria médica no Brasil intensificaram-se a partir da década de 70, como resultado das mudanças políticas e socioeconômicas do mundo contemporâneo, com impactos na formação, no mercado de trabalho, na organização dos serviços, na distribuição e no perfil desses profissionais, entre outros aspectos (Donnangelo, 1975; Gonçalves, 1979; Machado, 1997; Medici, 1985; Nogueira, 1977; Schraiber, 1980; 1989).

Em pouco mais de três décadas (1955 a 1990), foram formados, no país, 156.212 médicos, o que significava, já em meados dos anos 90, mais de dois terços de todo o contingente médico então existente no mercado de trabalho (Machado, 1996a: 147).

Ainda que essa oferta tenha sido posteriormente contida mediante a proibição e controle de novas escolas médicas, a pressão sobre o mercado de trabalho trouxe, aliada a outros fatores, importantes conseqüências. Uma delas foi a distribuição geográfica heterogênea desses profissionais. O número de escolas médicas, de vagas para o primeiro ano de residência médica e de médicos concentram-se fortemente nas regiões Sul e Sudeste, especialmente nesta última, seguindo a concentração da população e do Produto Interno Bruto - PIB (Arruda, 2001; Bittar, 1999; Gentile de Mello, 1978; Machado, 1997; Salim, 1992). Essa correlação entre renda e disponibilidade de médicos já havia sido apontada por alguns dos primeiros estudos internacionais sobre a distribuição geográfica desses profissionais, como Fein (1954) e Rimlinger & Steele (1963).

Além desses aspectos, no Brasil, “[...] o crescimento do número de médicos está se dando em percentuais maiores do que o da população; enquanto esta cresce a 1,3% ao ano, os médicos estão crescendo a 3,5% ao ano e, o que é pior, concentrando-se nas cidades economicamente mais bem situadas. Um grande número de municípios, aqueles economicamente pouco viáveis, encontra-se sem médicos.” (Bittar, 1999: 64).

Há, ainda, que considerar que mesmo nos locais onde há oferta desses profissionais, outros fatores interferem no acesso da população aos serviços oferecidos, tais como os meios de transporte, os custos de deslocamento, os horários de funcionamento e a adequação ao perfil epidemiológico local (Oliveira & Moysés, 2000).

Tudo isso ressalta a importância de uma atuação mais efetiva e eficaz no que se refere à distribuição, formação, qualificação e conformação do trabalho médico ao modelo assistencial e de organização dos serviços, preconizado pela legislação em vigor.

A compreensão da complexidade de todo esse cenário não deve conduzir à perplexidade e ao imobilismo. Ao contrário, deve estimular a revisão de experiências e políticas, a crítica e o desenho de estratégias que permitam o enfrentamento dos problemas e a viabilização de objetivos de curto, médio e longo prazos, rumo aos princípios de universalização, integralidade, equidade e controle social, que regem o SUS (Araújo Jr. & Maciel Filho, 2001).

Este estudo pretende contribuir com uma abordagem que reconheça os conflitos e oriente a prática política no espaço institucional e nas suas articulações com a sociedade e com outras instâncias do Estado (Maciel Filho & Araújo Jr., 2002). Uma abordagem que enfatize o processo político, que entenda que as propostas devem emergir da própria realidade que se quer transformar, enquanto *locus* de conscientização e organização das forças institucionais e sociais comprometidas com a democratização da saúde (Maciel Filho, 1997).

Objetivos

- discutir o problema da má distribuição de médicos no Brasil, considerando o mercado de trabalho em saúde, os determinantes históricos da oferta de médicos e os descompassos entre mercado e oferta;
- identificar as estratégias utilizadas por outros países para enfrentar o problema;
- descrever os programas de interiorização implantados pelo governo brasileiro;
- analisar o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), iniciativa mais recente do Ministério da Saúde nesse campo;
- oferecer uma contribuição para a reflexão teórica e a formulação de políticas destinadas a enfrentar o problema da má distribuição e fixação de médicos nas regiões mais desfavorecidas do país.

Plano de Apresentação

Organizado em seis capítulos, o estudo inicia-se com a discussão dos fatores determinantes que conformaram o atual cenário da distribuição de médicos no Brasil. No capítulo 1, são abordados aspectos sobre a inserção dos médicos no mercado de trabalho em saúde e os determinantes históricos da oferta de médicos.

O capítulo 2 revela os encontros e desencontros entre o mercado de trabalho e a oferta desses profissionais nas regiões brasileiras, caracterizando a extensão do problema da má distribuição geográfica de médicos no país.

As alternativas adotadas em alguns países para enfrentar esse problema são apresentadas no terceiro capítulo.

A experiência brasileira é discutida no capítulo seguinte. São apresentados os programas implantados pelo governo federal, que tiveram a interiorização de profissionais dentre suas metas.

Entre essas estratégias, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) é analisado em profundidade, no capítulo 5, na condição de estudo de caso.

Por fim, no capítulo 6, o estudo oferece uma contribuição teórica para repensar as políticas e estratégias direcionadas para a distribuição e fixação de médicos no Brasil, construída a partir do conjunto de elementos que compõem este trabalho: a revisão da literatura, as experiências nacionais e internacionais e os resultados obtidos por meio do estudo de caso.

1. CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO E DA OFERTA DE MÉDICOS NO BRASIL

1.1. A inserção do médico no mercado de trabalho em saúde

1.1.1. Aspectos conceituais

Transcorridos pouco mais de quinze anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os principais obstáculos à garantia de universalização e equidade da atenção à saúde permanecem sendo os desequilíbrios sociais, regionais e institucionais que ainda caracterizam o setor e que compõem o quadro geral de desigualdades da economia brasileira desde seus primórdios.

Esses desequilíbrios têm dificultado a gestão do mais complexo insumo do setor, os recursos humanos, agindo sobre sua dinâmica, formação, estrutura ocupacional e mercado de trabalho, que são fortemente influenciados pela lógica econômica da produção de bens e serviços de saúde. Essa influência é de tal magnitude, que ainda que se postule por um conceito mais humanizado para referir-se aos profissionais empregados no setor, não há como ignorar seu caráter de insumo no mercado capitalista. Entende-se, assim como Nogueira (1983: 62), que:

[...] não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las.

O mesmo autor reforça a compreensão de que os conceitos de *recursos humanos* e *força de trabalho*, embora aparentemente muito próximos, têm cada um sua própria esfera de aplicação. Consagrado na economia política clássica de Smith, Ricardo e Marx, o termo *força de trabalho* presta-se a um uso simultaneamente descritivo e analítico de fenômenos demográficos e macroeconômicos, que envolvem produção, emprego, desemprego, renda, divisão de trabalho, assalariamento, etc. A expressão *recurso humano*, por sua vez, é originária da ciência da administração e refere-se à ótica gerencial ou de planejamento, em âmbito micro ou macroinstitucional, remetendo à gestão, capacitação, seleção, plano de cargos e salários, dentre outros aspectos, tendo sua raiz doutrinária na teoria de sistemas (Nogueira, 1983).

Troncoso *et al.* (1986) oferecem interessante análise em que integram os dois conceitos à abordagem de Donnangelo (1976), que ao explorar a medicina como *prática técnica* e como *prática social* propôs-se a averiguar a especificidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica das sociedades contemporâneas. Troncoso e seus colaboradores entendem que a medicina como *prática técnica* supõe considerar o médico como um profissional dotado de capacidade técnica para dar resposta a uma necessidade social, o que torna adequado considerá-lo como recurso humano. Ou seja, como parte de um conjunto de indivíduos que detêm um saber técnico que os coloca em condições de resolver um problema que a sociedade considera relevante. Como *prática social*, por sua vez, argumentam que este saber técnico só pode ser aplicado a seu objeto por meio do processo social de produção dos serviços de saúde, subordinado à mediação de um conjunto de relações. Assim, a inserção do portador do saber técnico (o recurso humano) nesse processo dependerá de uma série de circunstâncias sociais, em especial aquelas referentes à disponibilidade dos meios de trabalho e da possibilidade de controle do próprio processo de trabalho:

Conforme al mayor o menor control del médico sobre su proceso de trabajo y los medios indispensables para llevarlo a cabo, variarán las condiciones sociales de su práctica: tendrá la posibilidad de desempeñarse en forma autónoma, conservando el control de las prerrogativas tradicionalmente asociadas con la práctica liberal, o deberá resignar alguna de tales prerrogativas, ubicándose en ambos casos como *trabajador autónomo*; trabajará como funcionario asalariado en un proceso de producción de servicios no orientado a la obtención de lucro, formando parte entonces del *personal* de un servicio público o perteneciente a la seguridad social; o bien se insertará como *fuerza de trabajo* asalariada em um sistema de producción dirigido fundamentalmente a la valorización de un capital. En este último caso el *recurso humano* se transforma en insumo de un proceso que ya no tiene como objetivo primordial la resolución de una necesidad social, sino la generación de un beneficio susceptible de apropiación privada. (Troncoso *et al.*, 1986: 538). [grifos no original].

Um terceiro importante conceito para a discussão aqui pretendida é o de *emprego em saúde*, entendido como as formas de inserção institucional dos profissionais no mercado de trabalho do setor (Medici *et al.*, 1992). O termo *emprego* não se refere a indivíduos, mas a postos de trabalho, sendo originário da corrente teórica econômica do keynesianismo, defendida pelo economista inglês John Keynes, e surge a partir dos anos 30, com as preocupações do Estado em mapear aspectos específicos relacionados à demanda global por força de trabalho (Medici *et al.*, 1992). Os estudos sobre emprego dedicam-se a analisar os impactos que a política pública (social ou econômica) gera sobre a criação de postos de trabalho, dada a demanda global por trabalho numa dada economia (Medici *et al.*, 1992).

São as leis do mercado que estabelecem as relações entre oferta e demanda da força de trabalho. A oferta refere-se à totalidade de indivíduos que trabalham num determinado setor ou que buscam trabalho, ao passo que a demanda é representada pelo total de postos de trabalho ocupados ou vacantes, proporcionados pelas instituições daquele setor (Nogueira, 1985a).

A força de trabalho em saúde, além de estar submetida a essas leis gerais, subordina-se às especificidades do mercado de trabalho em saúde, o qual configurou-se de forma definitiva, no mundo contemporâneo, no século XX, quando o Estado e o capital passaram a determinar o preço e as relações de compra e venda da força de trabalho do setor (Medici *et. al.*, 1991; 1992). Trata-se de um mercado, que sujeito à mesma dinâmica que caracteriza o mercado de trabalho capitalista em geral, incorporou, ainda, configurações específicas inerentes ao setor de serviços de saúde.

As influências do mercado capitalista se fizeram sentir pela passagem do trabalho autônomo para o trabalho assalariado; pela divisão do trabalho de tipo manufatureiro para outra de tipo industrial; e pelo aumento de escala da força de trabalho utilizada em cada estabelecimento ou unidade produtiva. As configurações específicas do setor saúde, por sua vez, são representadas pela permanência de um setor predominantemente manufatureiro (o da prestação de serviços de saúde) e outro de natureza industrial (de produção de medicamentos e equipamentos médicos), a partir de um tronco histórico comum, onde o profissional além de prestar serviços fabricava os instrumentos e medicamentos que utilizava (Medici *et. al.*, 1991; 1992).

No caso do mercado de trabalho para o médico, os dois principais fatores institucionais que o determinam são o sistema de ensino - que forma e cria a oferta de profissionais - e o modelo de atenção à saúde, que atua decisivamente sobre a demanda e a composição dessa força de trabalho. Tanto a estrutura quanto o volume da oferta são regulados pelas potencialidades do sistema formador, sendo pressionados por demandas sociais, demográficas, político-ideológicas e pelas necessidades da estrutura produtiva. O volume e a estrutura da demanda, por sua vez, refletem as formas concretas de organização da assistência à saúde, como resultado do direcionamento que as políticas sociais assumem em cada conjuntura histórica (Girardi, 1986), sendo também afetados pelas mudanças tecnológicas e do processo de trabalho em saúde.

Entende-se, portanto, que:

O mercado de trabalho médico é considerado a relação entre oferta e a necessidade de profissionais qualificados para o exercício da Medicina. Dita

relação depende das características que assumam em cada sociedade os processos sociais complexamente articulados: o processo de produção de capacidade de trabalho médico - a formação médica – e o processo de produção de serviços de saúde - a prática médica [...]. Embora intimamente relacionados, esses dois processos, uma vez que a educação médica tem por finalidade exclusiva a formação de recursos humanos para atender às necessidades de saúde da população, são independentes e estão submetidos a um conjunto de determinações sociais, políticas, econômicas e ideológicas. Dessa forma, nem sempre o recurso humano resultante do processo formativo se adapta ajustadamente às necessidades da produção de serviços.

O sistema de produção de serviços médicos, por sua vez, abarca um conjunto relativamente heterogêneo de processos que constituem veículos de intermediação entre a disponibilidade do recurso humano médico e a demanda de atenção por parte da população. Trata-se de um complexo sistema institucional que absorve o recurso humano e o canaliza para a oferta de serviços.

[...]Das necessidades desse complexo conjunto de processos de produção de serviços depende a demanda de recursos humanos médicos, expressa em um número determinado de postos de trabalho nos quais o profissional é retribuído mediante salário, ou um número variável de atos médicos é retribuído mediante honorários, pagos diretamente pela população, ou de maneira indireta, através do sistema de seguridade social ou dos seguros privados. (Lampert, 2002: 33-34).

A regulação entre oferta e demanda pode se dar por meio da relação direta de compra e venda da força de trabalho no mercado ou pela mediação estatal. A intervenção do Estado se efetiva pela política de saúde adotada, que poderá estimular a produção e consumo dos serviços de saúde segundo a lógica de mercado ou mediante a lógica do bem-estar social.

1.1.2. Antecedentes e dinâmica do mercado de trabalho em saúde nas últimas décadas

No Brasil, a intervenção do Estado sobre o mercado de trabalho em saúde começa a se dar de forma mais significativa no início do século 20, tanto pelo surgimento de uma nova modalidade de produção privada dos serviços de saúde quanto pela própria ação estatal (Gadelha, 1982). O processo de trabalho médico no país sofria, naquele momento, importantes alterações nos dois elementos definidores da profissão: o conhecimento e o mercado (Pereira-Neto, 1995).

Do ponto de vista do conhecimento, a associação entre condutas clínicas e morais (Luz, 1982) foi paulatinamente sendo superada em função do desenvolvimento científico e tecnológico, com a introdução da tecnologia diagnóstica e a incorporação dos avanços da bacteriologia e da medicina experimental. Cada vez mais, o exercício da atividade médica foi se tornando dependente do aparato tecnológico, exigindo investimento de capital em máquinas e equipamentos, determinando uma maneira de fazer medicina denominada por

Donnangelo de "tecnológica" (Donnangelo, 1975; Edler, 1992; Luz, 1982; Pereira-Neto, 1995).

No que se refere ao mercado, o modelo hegemônico da prática médica baseado na relação individualizada entre o médico e o paciente, sem intermediários que estipulassem tempo, forma ou valor da consulta (Pereira-Neto, 1995), foi sendo substituído por relações mais complexas de mercado de trabalho e de exercício da atividade profissional, subordinadas ao contexto político e socioeconômico¹.

Essas mudanças se fizeram sentir concomitantemente à própria evolução do setor de serviços de saúde no Brasil, que pode ser enfocada do ponto de vista histórico-estrutural em dois recortes básicos: o da saúde pública e o da assistência médico-hospitalar (Donnangelo, 1975; Gadelha, 1982; Luz, 1982; Medici *et. al.*, 1992), sendo fundamental para a compreensão dos fatores determinantes que conformaram o mercado de trabalho em saúde.

A intervenção do Estado brasileiro na saúde, até os anos 20, se limitou ao enfrentamento das demandas sanitárias de caráter coletivo, tais como o saneamento básico e o controle de epidemias e endemias, subordinada aos interesses agrário-exportadores nacionais. O atendimento médico era prestado por ordens religiosas, sociedades beneficentes ou pelos poucos médicos liberais.

Só posteriormente, com o início do processo de industrialização e de formação do sistema previdenciário, a interferência estatal no atendimento às demandas individuais por assistência médica e hospitalar se fez sentir, dando origem a um cenário que lançaria o Estado no centro do mercado de assistência médica e o transformaria em seu monopolizador (Donnangelo, 1975).

Dos anos 60 a meados da década de 80, a ação estatal fomentou e financiou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial de produção de serviços e insumos, por meio de convênios e contratos com a rede privada, organizando a prática médica em moldes essencialmente capitalistas (Cordeiro, 1984).

A unificação das instituições previdenciárias, em 1967 – consolidada com a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) – ampliou a cobertura de assistência médica para todos os trabalhadores do mercado formal e foi o principal marco da ação do Estado na área da saúde, nos anos 60, com repercussões determinantes tanto no mercado de trabalho médico, quanto na formação desse profissional, ao longo das décadas

¹ Em um estudo que se tornou referência sobre a sociologia das profissões de saúde, Machado (1995: 24) destaca que a profissão médica, em sua evolução, foi a que mais adquiriu a "[...]capacidade de articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado."

seguintes. Como a rede de serviços de saúde era insuficiente para atender ao expressivo aumento de demanda daí decorrente, o Estado adotou uma política de contratação de serviços privados, especialmente na atenção hospitalar. Estes, por sua vez, tiveram que contratar maior número de profissionais de saúde, tornando-se o principal mercado de trabalho para diversas categorias. Entre 1966 e 1974, o número de empregos, somente nas atividades hospitalares, passou de 150.123 para 303.098 (Medici, 1986: 409).

A natureza privatizante da ação do Estado pode ser atestada pela grande expansão da rede hospitalar privada com fins lucrativos. Em 1978, a iniciativa privada respondia por 81,2% da rede de serviços de saúde e, já no ano seguinte, três de cada quatro leitos hospitalares existentes no Brasil pertenciam ao setor privado, que ampliou sua capacidade de internação de 22.976 leitos em 1960, para 211.802 em 1984 (Medici, 1986; Medici *et. al.*, 1992; Nogueira, 1986a). Essa expansão privada não se reproduziu na rede ambulatorial, mantida historicamente pelo setor público, responsável, em 1980, por 8.822 estabelecimentos deste tipo contra apenas 1.560 da rede privada (Nogueira, 1986a).

Esse quadro foi determinante na configuração e mesmo na consolidação do mercado de trabalho em saúde, com um crescimento bruto do número de empregos de cerca de 53%, entre 1961 e 1971 (Medici *et. al.*, 1992).

Nogueira (1985b: 25) complementa:

En el transcurso de los últimos decenios, las presiones de los grupos sociales organizados y la intervención del Estado llevaron a una enorme extensión del aparato productor de servicios de salud y, simultâneamente, garantizaron el consumo a través de mecanismos tales como el seguro social, la asistencia pública y el seguro privado. Durante el período de la posguerra, una absorción significativa de trabajadores por el sector fue, en parte, determinada por esos factores de tipo político-social, que redundaron en el aumento de la oferta de servicios de salud, provocado por los seguros sociales y, más recientemente, por la extensión de la cobertura. Por otro lado, como el grado de automatización y mecanización del trabajo en salud es reducido, lo que le confiere el carácter de trabajo intensivo, se acentuó aún más la capacidad de generación de empleos por parte del sector salud.

Esse crescimento reproduziu a própria dinâmica do emprego em geral no país e no setor público. No período conhecido como "milagre econômico" (1968 a 1973), a economia brasileira apresentou níveis positivos de crescimento, com repercussões nos anos seguintes. O emprego formal cresceu, entre 1976 e 1980, a uma taxa geométrica anual de 14,1%; sendo acompanhado por um crescimento do emprego em saúde da ordem de 13,2% ao ano (Medici, 1986).

Em 1982, o setor privado concentrava 51% do total de empregos em saúde, percentual esse que nos estabelecimentos com internação alcançava 62,5% (Medici, 1986). No entanto,

Nogueira (1986a) ressalta que embora o setor público tenha investido menos na criação de leitos, gerou maior número de empregos de profissionais de saúde por leito instalado. Em 1979, apresentava uma relação de um emprego por leito, enquanto no setor privado (lucrativo ou filantrópico) essa relação era de 0,7. No mesmo ano, a rede ambulatorial pública absorveu 110.903 empregos de profissionais de saúde contra apenas 33.588 no setor privado (Nogueira, 1986a).

Grande parte dos postos de trabalho então gerados no setor saúde destinava-se à categoria médica e aos atendentes de enfermagem. Em 1977, as duas categorias representavam 67,5% dos postos de trabalho do setor (Medici, 1986). Isso configurou uma polarização do mercado de trabalho da saúde nesses dois tipos de profissionais: "*Nas figuras do médico – este profissional especializado e tecnificado – e do atendente – mão-de-obra sem especialização, capaz de aceitar os níveis salariais mais baixos ergueu-se a assistência médica privada dos anos 70. Financiada tanto ao nível do investimento quanto ao nível do custeio pelo setor público [...].*" (Medici, 1986: 409).

Entre 1976 e 1982, o crescimento de postos de trabalho médicos foi de 8,42% ao ano, sendo que no final do período (1982) já representava 31% do total de postos de trabalho em saúde (Girardi, 1986).

O profissional médico transformou-se num trabalhador assalariado típico (Donnangelo, 1976; Machado, 1995; Medici *et. al.*, 1992), como decorrência de todo esse contexto político, econômico e de mercado, no qual "*[...] o crescimento do setor privado lucrativo teve um papel decisivo, não só pelas dimensões de demanda que foi capaz de criar, como também por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada: por exemplo, generalizou o uso do salário mínimo de médicos e de seu emprego em tempo parcial.*" (Nogueira, 1986a: 26).

No período de 1970 a 1980, o percentual de médicos que ganhavam menos de 10 salários-mínimos passou de 31,6% para 49,3%, evidenciando-se uma perda aquisitiva real, num contexto de relativo excesso de oferta desses profissionais, sob a ação das políticas implementadas (Nogueira, 1985b), analisadas mais adiante. Ao longo dos anos 80, expandiu-se o assalariamento e houve queda dos salários reais de médicos e outros profissionais de saúde, o que estimulou o múltiplo emprego, que já se fazia presente desde a década anterior (Medici, 1993).

Com a crise econômica iniciada em 1979, os níveis de emprego no país começaram a declinar. Entre 1980 e 1983, o crescimento do emprego formal caiu para 1,3% ao ano. Ainda

assim, o emprego no setor público, cresceu a uma taxa anual de 9,7%, no mesmo período (Medici, 1986). As razões são explicadas por Medici (1986: 415):

[...] o Estado brasileiro tem utilizado, eventualmente, sua máquina empregatícia no sentido anticíclico, nos períodos de crise econômica, tal como ocorreu, entre 1980 e 1983. Eleições, clientelismo político, empreguismo, reestruturação parcial de órgãos e funções dos governos, em diversas instâncias da administração pública têm sido algumas das várias formas que o Estado encontrou para manter aceso, mesmo que, casualmente, o ritmo de absorção de empregos, num período de vacas magras para a maior parcela do setor privado.

No caso do setor saúde, esse aumento foi de 15,5% ao ano, no período citado (1980 a 1983). Vale ressaltar, que embora tenha sido o setor público que alavancou esse crescimento, apresentando taxa de 17,6% ao ano, o setor privado também registrou incremento anual de 10,6%, o que confirma o papel de custeador das atividades privadas de saúde que o Estado desempenhou nessa fase de nossa história (Medici, 1986).

Assim, tanto no setor público quanto no privado, foi mantido o forte crescimento do emprego em saúde, com um incremento, no período de 1980 a 1987, de 5,3% ao ano, enquanto nas demais atividades econômicas esse percentual foi de apenas 1,3% (Medici, 1993). No mesmo período, embora o setor privado tenha se mantido como principal empregador, o emprego público ampliou-se mais do que o privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho do setor (Medici, 1993).

Os médicos continuaram figurando como principal categoria profissional no total de empregos de nível superior, ocupando, em 1987, cerca de 69% desses postos de trabalho (Medici, 1993). Durante toda a década, o setor público foi ampliando sua participação como empregador desses profissionais. Em 1980, a área privada concentrava 53,5% dos empregos médicos. Quatro anos depois, em 1984, a esfera pública já cobria metade desses empregos (Girardi, 1986) e em 1987 era responsável por 64,7% dos postos de trabalho médicos contra 73,7% do setor privado (Medici, 1993).

O final da década, no entanto, anunciava mudanças importantes na configuração do mercado de trabalho em saúde, decorrentes de alterações no contexto geral da política e da economia do país e do próprio setor saúde. Até então, o aumento da capacidade de absorção de empregos no setor havia sido sustentado, essencialmente, pela mesma fonte financeira, ou seja, o sistema previdenciário. O crescimento das despesas com assistência médica amparava-se no aumento da receita previdenciária, que só foi possível graças à expansão do emprego formal nos setores secundário e terciário da economia, fruto do crescente processo de industrialização e da urbanização acelerada (Nogueira, 1986a). Contudo, paulatinamente, foi-

se configurando um processo de desaceleração da economia brasileira, que redundou num cenário de crise, com repercussões, nos anos 90, sobre a dinâmica do mercado de trabalho em geral.

Simultaneamente, o mercado de trabalho em saúde incorporava mudanças provenientes do processo de descentralização do setor, iniciado já em meados dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e consubstanciado a partir de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por um lado, manteve-se o crescimento do emprego em saúde no setor privado, especialmente na assistência hospitalar. Em 1999, considerando a rede total de estabelecimentos de saúde do país, a iniciativa privada era responsável por 41% deles; tomando-se o total de leitos hospitalares, esse percentual sobe para 70,5% (Silva & Costa, 2002). O crescimento do emprego no setor privado foi favorecido pela demanda de serviços especializados, diagnósticos e de alto custo por parte do SUS a esse setor e pelo crescimento do segmento da medicina complementar vinculada aos planos e seguros de saúde (Silva & Costa, 2002). A partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE, Silva & Costa (2002) mostram que, em 1998, 24,4% da população residente no Brasil encontrava-se coberta por algum plano de saúde privado.

Por outro lado, embora ao longo da década tenha havido também um incremento do número de empregos médicos (considerando o período entre 1992 e 1999), tanto no setor privado (48,5%), quanto no público (31%), algumas importantes mudanças se fizeram sentir (Silva & Costa, 2002). Configurações específicas no mercado de trabalho em saúde foram se verificando, provenientes, em grande parte, da transferência de atribuição da prestação de serviços de saúde das esferas federal e estadual para a municipal. Já em 1992, o percentual de estabelecimentos de saúde sob gestão federal caíra de 28%, em 1981, para 5%; e sob gestão estadual de 50% para 26% (Silva & Costa, 2002). Ao final da década, em 1999, a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tornara-se residual, com os municípios gerindo 92% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 6% (Silva & Costa, 2002).

Enquanto o número de empregos municipais em saúde cresceu aproximadamente 85%, entre 1992 e 1999, houve, no mesmo período, significativa redução no âmbito federal (57%) e estadual (10%) (Silva & Costa, 2002). Do total de empregos em saúde em 1999 (1.891.550), 53% eram públicos e 47% privados, com os médicos respondendo por 23% do total (Silva & Costa, 2002).

Girardi & Carvalho (2002) resumem o cenário da década de 90 e suas conseqüências para os anos seguintes:

O peso do emprego e das rendas salariais geradas em atividades de saúde cresceu ao longo da década e hoje representa mais de 10% do emprego e da massa salarial gerados na economia formal brasileira. Nos dias de hoje, um pouco mais de 16% dos empregos regulamentados vinculados ao setor público municipal e 12% do emprego público dos estados e da União estão na área da saúde. Concomitantemente, cresceu o peso dos gastos com saúde na composição do gasto público vis-à-vis a importância do componente *pessoal*. Em 2000, os gastos municipais com saúde giraram em torno dos 18% da receita orçamentária dos municípios, em média, alcançando a cifra de 25% nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Para o mesmo ano, na composição dos gastos municipais com saúde, 40% se destinaram ao pagamento de despesas com pessoal e encargos e cerca de 27% ao pagamento de serviços de terceiros. A questão do emprego em saúde também fez crescer sua importância para o conjunto da atividade privada. No setor privado sem fins lucrativos (o assim chamado terceiro setor), o emprego em saúde representa 16,4% de seus empregos e quase 3% do emprego formal em atividades privadas lucrativas está na área da saúde.

Essas mudanças ocorreram num contexto marcado por dois movimentos aparentemente contraditórios na arena da regulação das relações de trabalho: a flexibilização do emprego na economia privada e a adoção de normas do Regime Jurídico Único na economia pública. Esta última exerceu seu impacto mais fortemente na primeira metade da década de noventa, expressando-se principalmente pela conversão de vínculos celetistas em vínculos estatutários. No mais, o principal impacto da ação conjunta dessas estratégias parece ter sido o crescimento da terceirização e das diversas formas da ocupação não-regulamentada no setor. Mais recentemente, a regulamentação dos seguros de saúde, as novas estratégias de qualificação profissional e regulamentação profissional, e a adoção de políticas de responsabilização pelos gestores públicos, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, se somaram a essas regras, produzindo novas configurações sobre o mercado de trabalho do setor e das profissões de saúde. Um dos resultados dessa mudança foi o aumento dos conflitos distributivos, entre setores e esferas de governo, segmentos do mercado e corporações profissionais, no que tange à formulação e implementação das políticas públicas para o setor saúde em nosso país. (Girardi & Carvalho 2002: 221).

Uma importante conseqüência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção. Esse aumento dos postos de trabalho na atenção ambulatorial foi particularmente expressivo no caso da categoria médica. Entre 1992 e 1999, houve, no país, um incremento da ordem de 38% no número de postos de trabalho médicos na assistência ambulatorial do SUS (Silva & Costa, 2002). Rodriguez Neto (1996) ressalta, contudo, que esse mercado é essencialmente constituído por postos de trabalho na atenção básica, integrada por especialidades como clínica médica, pediatria, obstetrícia, etc,

destacando que muitas vezes os concursos públicos realizados pela esfera municipal para preenchê-los sequer atraem candidatos, em particular no caso da clínica médica.

Paralelamente, no plano macroeconômico, também se registravam importantes alterações no mercado de trabalho brasileiro. Sem explorar aqui os determinantes econômicos, políticos e institucionais que vieram a construir esse cenário, interessa, no entanto, referir que:

As principais tendências observadas no mercado de trabalho brasileiro na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação - flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência aos trabalhadores [...] (Silva & Costa, 2002: 276).

Baseados em estudo desenvolvido, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Silva & Costa (2002) discutem o impacto da desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil, nos anos 90, sobre a qualidade do emprego no setor saúde. Os autores mostram que:

[...]As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços. [...]

A grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece também fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado.

Consideram-se fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho a adoção preferencial pelos gestores municipais do regime de terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários. (Silva & Costa, 2002: 282-283).

Além da desregulamentação, o mercado de trabalho em saúde experimentou, nos anos 90, queda dos salários de contratação para a maioria dos segmentos profissionais e crescimento da oferta de postos de trabalho nas faixas mais baixas de remuneração (Girardi, 1995). No caso dos médicos, aumenta a participação das faixas salariais de contratação até três salários mínimos, de três a cinco e de cinco a dez (Girardi, 1995). A faixa com maior concentração de admitidos deslocou-se de dez a vinte salários mínimos, em 1990 (36,67%), para cinco a dez salários, em 1994 (37,14%) (Girardi, 1995). Rodriguez Neto (1996) ressalta que os baixos salários pagos tanto pelo setor privado quanto pelo público, levando ao múltiplo

emprego, têm comprometido a motivação e dedicação da categoria médica em relação a suas atividades profissionais.

O médico foi gradativamente deixando de viver apenas do consultório privado e passou a depender, cada vez mais, do trabalho assalariado ou dos convênios com os planos privados da medicina complementar². Sua remuneração atingiu patamares muito baixos, levando ao acúmulo de dois, três ou mais empregos e demandando grande número de horas semanais de trabalho (Bittar, 1999; Machado, 1997).

Os baixos salários aliados à desregulamentação têm gerado uma tendência que à primeira vista poderia ser confundida com um retorno à medicina liberal, revelada pela proliferação de consultórios médicos conveniados com os seguros-saúde, mas que na realidade significa a tentativa de recompor a renda perdida, e que se dá quase sempre associada à inserção em um ou vários empregos, em geral públicos (Rodríguez Neto, 1996).

O importante estudo de âmbito nacional desenvolvido em 1995, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, em colaboração com o Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Ministério da Saúde, intitulado "Perfil dos Médicos no Brasil", aponta outras características marcantes da inserção da categoria médica no mercado de trabalho em saúde que foram se configurando ao longo das últimas décadas e que se expressaram claramente nos anos 90. São elas (Machado, 1997; Vieira *et. al.*, 1998):

- existência de um mercado de trabalho com cerca de 350 mil postos de trabalho, incluindo o setor público e o privado, para um total de 197.557 médicos ativos, que em sua maioria também atuam em consultórios privados (75%);
- exercício profissional baseado em múltiplos vínculos (cerca de 75% dos médicos possuem até três atividades profissionais e 24,4% têm mais de três);
- homogeneidade quanto ao comprador ou demandante dos serviços, ou seja, são de igual importância para o mercado de trabalho médico as esferas pública e privada e os consultórios particulares, observando-se que 69,7% dos médicos trabalham em estabelecimentos públicos, 59,3% na rede privada e 74,7% em consultórios;
- a atividade em consultório particular é exercida mediante convênios ou cooperativas para 79,1% dos médicos, sendo que 16,6% exercem essa atividade em estabelecimentos de saúde (6,8% em regime de comodato em hospitais; 6% com cessão de percentual de produção; e 3,8% com sublocação de horário);

² Campos (1988) analisa, em profundidade, a mudança do referencial de mercado e de inserção política da categoria profissional médica, nos anos 70 e 80, no livro *Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e o empresariamento - A defesa da prática liberal da Medicina*.

- atuação profissional predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país;
- crescente aumento da participação feminina na força de trabalho médico, alcançando um percentual de 32,7%;
- constituição etária predominantemente jovem, com 65% de profissionais com menos de 45 anos de idade e exercendo suas atividades há menos de 15 anos;
- urbanização acentuada do trabalho médico, ou seja, 65,9% dos médicos atuam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente;
- predominância de dez especialidades, entre aquelas reconhecidas oficialmente, no mercado de serviços médicos, representando 62,1% do total de médicos existentes no país, sendo elas: pediatria, gineco-obstetrícia, medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, cardiologia, traumatologia-ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e medicina geral comunitária;
- trabalho exercido em regime de plantão por quase metade dos profissionais médicos (48,9%), com maior frequência de plantões de 12/24 horas;
- faixas de rendimento variáveis em função da especialidade exercida, sendo as mais bem remuneradas as de radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (5 mil dólares), seguidas pelas de ginecologia, endoscopia digestiva, mastologia, cirurgia cardiovascular e radiologia (4 a 4,9 mil dólares); figurando como as de mais baixo rendimento as especialidades de medicina sanitária, sexologia, fisiologia e genética clínica (menos de 1.999 dólares), enquanto as restantes percebem uma renda mensal na faixa de 3.000 a 3.999 dólares.

Cerca de uma década depois do estudo de Machado (1997), já pode ser observada a consolidação de algumas dessas tendências. É o que mostra a mais abrangente e recente investigação sobre a situação do trabalho médico no Brasil. Trata-se do estudo "O Médico e o seu Trabalho", do Conselho Federal de Medicina, também de âmbito nacional, realizado com a intenção de atualizar a pesquisa de Machado e que replicou o mesmo questionário então utilizado, porém acrescido de algumas alterações e inovações. O estudo do CFM foi executado pelo próprio Conselho, com apoio da Associação Médica Brasileira, entidades sindicais e sociedades de especialistas. Os dados foram coletados no período de outubro de 2002 a março de 2003 (CFM, 2004). Comparando-se os dois estudos, observa-se que:

- o total de médicos ativos no país passou de 197.557 para 234.554, apresentando um incremento de 18,7%;
- ampliou-se o exercício profissional baseado em múltiplos vínculos, com 28,2% dos médicos exercendo mais de três atividades profissionais, contra 24,4% na pesquisa anterior; conseqüentemente, aqueles que possuem até três atividades passaram de 75% para 71,8%;

- houve redução do número de médicos que atuam em consultório (de 74,7% para 67%) e no setor privado (de 59,3% para 53,8%), mantendo-se inalterada a porcentagem dos que trabalham no setor público (69,7%), o qual passou a ocupar, então, o primeiro lugar como empregador;
- a atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução, passando de 79,1% para 75%;
- a atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado;
- embora tenha havido ligeira queda no percentual de participação feminina na força de trabalho médico (de 32,7% para 30,2), manteve-se a tendência de aumento do ingresso das mulheres na profissão, o que pode ser observado pelo fato de que elas já representam 40,2% dos médicos com menos de 28 anos de idade;
- a constituição etária predominantemente jovem dos médicos manteve-se praticamente inalterada (63,4% de profissionais com menos de 45 anos de idade contra 65% no estudo anterior);
- houve pequena redução no percentual de médicos que atuam nas capitais, que passou de 65,9% para 62,1%;
- surgem dentre as especialidades mais exercidas a Urologia e a Dermatologia, fato atribuído, no estudo do CFM, a uma possível tendência de crescimento da preferência dos médicos por áreas de maior retorno financeiro, pela execução de procedimentos, em especial na relação com os convênios privados;
- se na pesquisa anterior o trabalho exercido em regime de plantão atingia quase metade dos profissionais médicos (48,9%), os números atuais mostram que esse percentual já ultrapassou os 50%, chegando a 51,8%, ampliando-se a frequência dos plantões de 12/24 horas (de 49% para 54,5%);
- as faixas de rendimento não foram pesquisadas pela especialidade exercida, como no estudo de Machado (1997), mas apenas em termos genéricos; dessa forma, a investigação do CFM aponta que cerca de um terço dos médicos atribui queda à sua renda nos anos recentes, com mais da metade dos profissionais (51,5%) apresentando renda mensal de até 2 mil dólares, percentual que na pesquisa anterior era de 44,5%.

Outros importantes resultados da pesquisa do CFM serão referidos ao longo deste estudo, sendo apresentados na medida em que forem tratados alguns dos temas ali contemplados. De qualquer forma, observa-se que as características e tendências aqui destacadas mostram as evidentes mudanças pelas quais passou a categoria médica e o mercado de trabalho para esse profissional nas últimas décadas. No entanto, novas alterações devem ser esperadas como resultado da expansão do processo de descentralização do setor

saúde, da reorientação do modelo de atenção e do incessante e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, que deverá trazer novos paradigmas para a prática médica.

1.1.3. O Programa de Saúde da Família (PSF): uma nova opção

O processo de municipalização do setor saúde mantém-se em contínua expansão, ampliando cada vez mais a participação dessa esfera de governo no mercado de trabalho em saúde. No ano de 2000, 55% do total de empregos públicos de profissionais de saúde eram oferecidos pela esfera municipal (Girardi & Carvalho, 2002). No caso dos médicos, no mesmo ano, os municípios foram responsáveis por quase 53% dos postos de trabalho públicos no setor saúde para essa categoria profissional, seguidos da instância estadual (46,3%), ficando a federal com apenas 0,6% (Girardi & Carvalho, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF), cuja implantação tem sido amplamente intensificada do final dos anos 90 para cá, vem tendo uma participação importante nessa oferta de postos de trabalhos municipais. Criado em 1994, o Programa foi apresentado como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Em sua concepção foram previstas como principais características: a promoção e proteção da saúde; áreas de abrangência definidas, com adscrição de clientela; equipes com composição mínima; residência das equipes na localidade de atuação; participação comunitária por meio de ações de educação em saúde; atenção integral e permanente; integração ao sistema de saúde local; impacto na formação de recursos humanos; remuneração diferenciada e estímulo ao controle social (Ministério da Saúde, 1994a; Souza & Sampaio, 2002).

Sua implantação já cobre a grande maioria dos municípios brasileiros e encontra-se em contínua expansão. Dados de setembro de 2002 contabilizam mais de 4.000 municípios que adotam essa estratégia de atenção à saúde, totalizando cerca de 16 mil equipes (compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde)³, cobrindo aproximadamente 50 milhões de habitantes (Girardi & Carvalho, 2003). Cada equipe é responsável por mil famílias, o que equivale a aproximadamente 3.500 pessoas, que são acompanhadas mediante cadastramento, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas e atendimento em unidade assistencial básica, com referência para atendimentos especializados e de maior complexidade. Para o ano de 2002, o PSF contou com um aporte de recursos federais superior a 1 bilhão de reais (Girardi & Carvalho, 2003).

³ Desde 2001, as equipes passaram a ser integradas também por odontólogos, processo ainda em implantação.

O PSF vem se configurando como mais do que um programa de saúde, expressando-se como importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, compreendida por muitos como uma espécie de "reforma da Reforma" (Viana & Dal Poz, 1998; Souza, 2002; Souza & Sampaio, 2002), numa referência à Reforma Sanitária consubstanciada no SUS. Além desse aspecto, o PSF apresenta-se como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, causar impacto na configuração do mercado de trabalho e na própria formação de profissionais para o setor (Campos, 2001; Cordeiro, 2001; Girardi & Carvalho, 2003; Viana & Dal Poz, 1998).

Dadas essas características e sua expansão, o PSF encontra-se, hoje, inserido na agenda política e social do setor, tendo trazido uma nova dinâmica para a reestruturação dos serviços, com vistas à reorientação do modelo de atenção à saúde, representando mais uma opção de mercado de trabalho para os médicos e outros profissionais de saúde. O Programa já é responsável, direta ou indiretamente, por cerca de 200 mil postos de trabalho, o que representa mais de 20% do emprego público em saúde (Girardi & Carvalho, 2003).

Um inquérito nacional realizado em 2001, pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (NESCON/UFMG), mostra as principais características desse mercado. São destacadas aqui as que se referem mais especificamente aos médicos (Girardi & Carvalho, 2003):

- há, em média, 4,5 equipes por município, com crescimento expressivo do número médio de equipes, sendo: 1,5 equipe por município, nas cidades com até 10 mil habitantes; 19,8 equipes naquelas com 100 mil a 500 mil habitantes; e 66 equipes por município nas que possuem população acima de 500 mil pessoas;
- o médico é o único profissional presente em todos os municípios pesquisados;
- o número médio de postos de trabalho médicos por município é de 4,5, variando entre 1,5 médicos nos municípios com menos de 10 mil habitantes até 72 médicos por município naqueles que têm população superior a 500 mil;
- a partir de projeções dos dados encontrados, a pesquisa estimou que em dezembro de 2001, o PSF contava com 14,5 mil postos de trabalho para médicos.

Ainda com base nos resultados da pesquisa, Girardi & Carvalho (2003) recorrem a dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) e do Ministério do Trabalho para mostrar os índices de participação do PSF em relação ao mercado de trabalho das profissões envolvidas no Programa. O caso dos médicos pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1. Índice de participação do PSF em relação ao número de médicos em atividade, de postos de trabalho médicos ocupados em serviços de saúde e de vínculos formais de emprego médico na economia

Nº de médicos no PSF (1)	Total de médicos em atividade (oferta) (2)	PSF/oferta de médicos	Postos de trabalho médico nos serviços de saúde (3)	PSF/postos de trabalho médico	Vínculos de emprego médico (4)	PSF/emprego médico formal
14.513	262.891	5,5	431.282	3,4	152.119	9,5

(1) Estimativa Pesquisa NESCON.

(2) CFM.

(3) Em estabelecimentos com e sem internação e de apoio diagnóstico.

(4) Ministério do Trabalho.

Fonte: Girardi & Carvalho (2003).

Observa-se que o PSF responde por 3,4% da demanda institucional de postos de trabalho médico e 9,5% do estoque de emprego formal desse profissional, absorvendo 5,5% da oferta de médicos. Girardi & Carvalho (2003:169) advertem, no entanto, que "[...] é importante que se tome em conta que as inferências com relação ao peso do PSF na economia do emprego formal devem ser bastante matizadas em função dos níveis acentuadamente elevados de utilização de formas 'precárias' e informais de vinculação de profissionais utilizadas no programa [...]".

O estudo do NESCON mostra que as formas de contratação temporária e por prestação de serviços, no PSF, predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato. Quando se analisa a contratação de médicos pelo PSF observa-se que, em conjunto, essas duas modalidades de vínculo são responsáveis por 70% dos contratos desses profissionais. Indagados sobre os motivos que levam à utilização de formas precárias de contratação de profissionais, mais da metade dos municípios apontaram a *flexibilização* (57,8%) e as restrições impostas pela *Lei de Responsabilidade Fiscal* (53,8%); vindo a seguir o *menor custo* (36,8%) e a *instabilidade no financiamento* do Programa (34,5%) (Girardi & Carvalho, 2003).

Quanto às vantagens e problemas atribuídos pelos gestores municipais na utilização de formas de contratação precárias, 43,1% dos municípios identificaram como principal vantagem a *flexibilidade*, nas suas diversas formas (para admissão e demissão, gerencial, etc.); e como principal problema a *instabilidade e desproteção do trabalho* (47,7%) (Girardi & Carvalho, 2003).

Os autores do estudo chamam a atenção para as conseqüências desse quadro sobre a definição, pelo PSF, de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento de recursos

humanos e sobre a própria qualidade do emprego gerado pelo Programa. Qualidade que fica comprometida pela fragilidade das formas de vinculação praticadas, que desconsideram direitos trabalhistas consagrados no setor público e no mercado de trabalho formal privado. Dessa forma, a "[...] *construção de um processo de cooperação mais efetivo e permanente entre gerência e trabalho depende em larga medida da qualidade das relações de trabalho instituídas pelo programa.*" (Girardi & Carvalho, 2003: 159).

Apesar disso, ou talvez por causa disso, o Programa oferece bons níveis de remuneração profissional (4 mil reais, em média, para o médico, segundo a pesquisa do NESCON). Os salários pagos aos médicos pelo PSF são, em média, 76% superiores aos de mercado para esse profissional (Girardi & Carvalho, 2003).

Esse aspecto é uma das principais preocupações e dificuldades que os gestores têm enfrentado na implantação e manutenção do PSF e se insere no contexto mais amplo da tendência à desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro, aqui já referida.

O estudo do NEPP, citado na seção anterior, revela a amplitude dessa desregulamentação. Em 2000, somente 22% dos municípios brasileiros adotavam a modalidade estatutária como principal tipo de contrato de trabalho para médicos na atenção básica. O contrato dessa categoria profissional via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) era praticado, na Região Sudeste, por 35% dos municípios, enquanto a terceirização para empresas e cooperativas médicas era adotada por 18% dos municípios da Região Sul. No Centro-Oeste, a informalidade predomina, com 38% dos municípios contratando médicos como autônomos. Já as regiões Norte e Nordeste apontaram "outros tipos de contratos flexibilizados" como a principal forma de contratação de médicos, com 40% e 39% de municípios nessa condição, respectivamente (UNICAMP, 2000 *apud* Silva & Costa, 2002).

Campos (2001: 173) acrescenta:

As formas típicas de relação empregatícia estão em franca decadência e até alguns anos atrás havia duas formas basilares de trabalho médico: o trabalho autônomo, onde profissional e cliente estabeleciam uma relação singular, combinando entre si intervenções e preço, e o trabalho assalariado, onde o profissional vendia a uma determinada instituição sua força de trabalho por tempo indeterminado. [...]

O panorama hoje é completamente distinto: as duas formas iniciais de relação de trabalho encontram-se praticamente extintas. Por uma parte, a elevação dos custos pela associação de tecnologias ao diagnóstico e à terapêutica promoveu a migração dos consumidores autônomos para os seguros de saúde. Por outra parte, a inflexibilidade e os elevados encargos sociais fizeram com que se buscassem alternativas aos contratos regulares de trabalho, com o setor público (via regime jurídico único) ou mesmo com o setor privado, via CLT.

Apareceu uma miríade de novas modalidades contratuais, cujo impacto sobre o trabalho no setor saúde ainda está longe de poder ser avaliado. (Campos, 2001: 173).

Outro importante estudo que ajuda a compreender o Programa de Saúde da Família como campo de atuação profissional foi realizado, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (NERHUS/FIOCRUZ), em conjunto com o Ministério da Saúde. A pesquisa, de âmbito nacional, teve por objetivo traçar o perfil dos médicos e enfermeiros que atuam no Programa. Os resultados confirmam os achados do estudo do NESCON, no que se refere ao percentual de 70% de médicos com contratos temporários. Mas revelam também outros aspectos essenciais para a compreensão do PSF como mercado de trabalho (Machado, 2000). São eles:

- quase 60% dos médicos que trabalham no PSF têm menos de 40 anos de idade;
- a maioria pertence ao sexo masculino (56%);
- em geral, são oriundos de escolas médicas públicas (74%) e estão formados há menos de 15 anos (63%);
- cerca de 70% não são especialistas, ou seja, não possuem nenhuma formação específica após a graduação, incluindo residência ou especialização;
- dentre os que possuem alguma especialidade, predomina a pediatria (20%), seguida por medicina do trabalho (18%), medicina geral e comunitária (15%), gineco-obstetrícia (14%), medicina sanitária (11%) e saúde da família (9%);
- 83% exerceram alguma atividade médica anteriormente à contratação para o PSF;
- 70% consideram más as condições de trabalho oferecidas pelo Programa;
- a renda média mensal obtida com o trabalho médico é de 2.229 dólares.

Obviamente, esse perfil nacional dos médicos atuantes no Programa de Saúde da Família pode apresentar variações quando analisadas as diferentes regiões brasileiras e mesmo municípios de uma mesma região, dada a grande diversidade de situações sociais, políticas e econômicas que caracterizam nosso país. Esses aspectos são considerados e apresentados no próximo capítulo deste estudo.

Por ora, vale destacar os resultados encontrados na pesquisa "O Médico e o seu Trabalho", do Conselho Federal de Medicina (CFM), referida na seção anterior, que além dos aspectos então apresentados, também abordou a percepção dos médicos acerca do PSF e do SUS, no que se refere ao impacto nas condições de saúde e no trabalho médico (CFM, 2004).

Cerca de 84% dos médicos pesquisados informaram que o PSF encontrava-se implantado na *cidade e/ou região* em que atuavam. Para a maioria deles, o Programa foi responsável por um *aumento/melhora* do emprego médico (74,6%) e da cobertura da assistência (70%). Entretanto, para grande parte dos médicos, com a implantação do PSF não

se alteraram as condições de trabalho (54,2%), a qualidade dos serviços (44,6%), a organização dos serviços (44,1%) e os rendimentos médicos (42,1%). Deve-se ressaltar que, no caso dos rendimentos médicos, o percentual de profissionais que identificaram que houve *aumento/melhora* com a implantação do PSF foi de 40,6%.

De modo geral, é possível então, assumir que há uma impressão razoavelmente positiva do Programa de Saúde da Família, por parte dos médicos, ainda que se considere a necessidade de aperfeiçoar seus mecanismos de gestão. Nesse sentido, ao opinarem sobre os fatores que poderiam assegurar a eficácia do PSF, os médicos participantes do estudo apontaram como *totalmente prioritários* os seguintes aspectos: condições de trabalho (81,8%), remuneração (77,7%), infra-estrutura (77,1%), plano de carreira (65,9%), critérios de seleção para acesso (64,2%), vínculo trabalhista (63,1%), estabilidade no emprego (59,1%) e hierarquia na equipe (47,1%).

Já em relação ao SUS, a percepção é mais desfavorável. Se por um lado, a maioria dos médicos acredita que sua implantação acarretou *aumento/melhora* da cobertura da assistência (50,7%) e do emprego médico (44,8%); por outro, também avalia que houve diminuição/piora das condições de trabalho (52,6%), dos rendimentos médicos (52,4%), da qualidade dos serviços (47,4%) e da organização dos serviços (40,7%).

Esses resultados apontam para a necessidade de se auscultar cada vez mais os profissionais de saúde, a população e os gestores, no sentido de se identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

Por fim, as mudanças que o mercado de trabalho médico vem sofrendo ao longo das últimas décadas, entre as quais o SUS e o PSF se incluem, também provocaram alterações na composição, volume e condições da oferta desses profissionais. Os mesmos fatores econômicos, políticos, institucionais e tecnológicos que acarretaram tais mudanças, aliados a outros, redimensionaram a oferta, a formação e a qualificação dos profissionais requeridos para atuarem nesse novo cenário. É a essa discussão que a próxima seção desse capítulo é dedicada.

1.2. A oferta de médicos e seus determinantes históricos

Embora a primeira escola médica tenha sido criada quando o Brasil ainda era Reino Unido de Portugal, no início do século XIX (1808), o número de médicos no país só se tornou significativo mais de cem anos depois, a partir da década de 60 (Donnangelo, 1975; Santos

Neto, 1993). Até então, a formação desses profissionais dava-se em ritmo lento e regular. Em 1920, existiam 9 escolas de medicina; em 1940 esse número subira para apenas 13, mantendo-se assim até os anos 50 (Teixeira, 1982). No entanto, em apenas uma década e meia (1950 a 1966), o número de escolas médicas saltou de 13 para 40 (Teixeira, 1982). Dal Poz & Varella (1995) atribuem ao surgimento de novas escolas médicas características de "surto", ocorrido em dois períodos: de 1950 a 1964, quando foram criadas quase duas escolas por ano, totalizando 23; e de 1965 a 1971, com seis escolas novas a cada ano, que totalizaram mais 37 instituições desse tipo.

Se o lento crescimento até então registrado pode ser atribuído, dentre outros fatores, à elitização da política educacional vigente; por outro lado, a rápida expansão a partir dos anos 60 pode ser associada a dois principais fenômenos: (1) o comportamento do mercado de trabalho, que começa a ampliar-se com a expansão da rede assistencial derivada da medicina previdenciária, como já discutido, e (2) os propósitos estatais e da sociedade de democratizar o ensino no país (Donnangelo, 1975; Teixeira, 1982). Além desses fatores, deve-se também acrescentar o diagnóstico bastante freqüente que então se fazia, tanto por estudos governamentais quanto acadêmicos, em torno do déficit de médicos para atender as necessidades de saúde do país, dadas as desigualdades sociais e extensão territorial. Scorzelli Junior, em 1967, diretor geral do então Departamento Nacional de Saúde, por ocasião da 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada naquele ano, afirmava:

Dizer-se, por exemplo, que o Brasil necessita de 1 médico por 1.000 habitantes, é adotar uma expressão global, que desconhece a acentuada variedade de necessidade de seu território. Não obstante, como valor global e em ponto de partida, serve como indicação de que temos um déficit de quase 50.000 médicos, a serem acrescentados aos 34.000 conhecidos. (Scorzelli Junior, [1967] 1993: 31).

Para suprir essa demanda, foi estimulada pelo Estado a ampliação do aparelho formador de médicos. Essa política encontrava respaldo, inclusive, nas próprias análises que a Organização Panamericana da Saúde efetuava sobre a situação da atenção médica nos países latino-americanos:

La OPS y la OMS promovieron diversas reuniones internacionales en las que la formación acelerada de médicos era el principal objeto de discusión [...].

Se estaba en una fase de expansión de la economía y del mercado interno en la mayoría de los países, como respuesta a una situación en las relaciones de cambio internacionales que parecían ser favorables a todos. Las capas medias de la población veían en la educación superior y médica una de las alternativas que se les presentaban para su afirmación y ascensión social. La infraestructura física de los servicios de salud recibía grandes inversiones del estado, de la iniciativa privada y de los órganos de seguridad social. (Nogueira, 1986b: 298).

Nesse contexto, foram criadas no Brasil, entre 1965 e 1975, 53 novas escolas médicas, o que significou uma taxa de crescimento de 230% (Nogueira, 1985b).

No cabe duda de que una parte nada depreciable de los profesionales de salud formados en ese período constituyeron un excedente frente a las necesidades y las oportunidades de empleo generadas por el mercado de trabajo, a pesar del aumento mencionado. Sin embargo, esto no debe tomarse como un fenómeno anômalo o de desequilibrio, ya que la relativa sobreoferta de médicos y otros profesionales de salud fue justamente lo que aseguró la diversificación y el crecimiento del aparato asistencial en sus múltiples niveles de complejidad de la atención de salud [...]. (Nogueira, 1985b: 29).

Para além dos fatores específicos que fomentaram a expansão do ensino médico, outros elementos foram determinantes para esse crescimento, que não se restringia às escolas médicas, mas ao ensino superior como um todo, fruto de uma política de governo que incentivou a formação universitária, para diversas outras carreiras, num contexto desenvolvimentista.

O país vivia a fase do desenvolvimentismo econômico, sob a égide do governo autoritário, com crescimento do mercado interno de bens e serviços e urbanização acelerada, gerando novos postos de trabalho para diversas profissões (Nogueira, 1986a). Entre 1968 e 1973, o número de alunos universitários saltou de 278.295 para 820.493, representando um crescimento da ordem de 200% (Nogueira, 1986a).

No início dos anos 60, a Comissão de Planejamento de Formação de Médicos do então Ministério da Educação e Cultura (MEC) elaborou um documento em que previa para o período 1963-1983, ou seja duas décadas, a criação de 20 novas escolas médicas (Quadra & Amancio, 1984). Contudo, em apenas cinco anos desse período, entre 1965 e 1970, nada menos que 33 novas faculdades de medicina foram autorizadas pelo Ministério a funcionar (Quadra & Amancio, 1984). No ano final daquele período (1983), o número de concluintes dos cursos de Medicina foi de 7.289 novos médicos, o que representou um incremento de aproximadamente 75% em relação aos concluintes de 1963. (Machado, 1996b; Nogueira, 1986a). Ainda assim, este não foi o ápice do fluxo de concluintes, que se deu em 1978, quando chegou a 8.722, entrando em queda nos anos seguintes e mantendo-se até o final da década de 80 em torno de 7.000 egressos por ano (Dal Poz & Varella, 1995; Nogueira, 1986a). Essa queda foi resultado de política governamental explícita que proibiu a abertura de novas escolas e o aumento excessivo do número de vagas nas já existentes, determinação que vigorou até 1989 (Machado, 1997; Nogueira, 1986a).

Quadra & Amancio (1984) argumentam que documentos oficiais e mesmo diversos estudos produzidos por entidades privadas, associações de escolas ou pesquisadores

contribuíram para justificar esse aumento desordenado das escolas médicas. Isso porque, além de não explicitarem a lógica política e ideológica que fomentou esse incremento e que reproduzia a estrutura educacional de modelos estrangeiros, também não abordaram as formas de financiamento envolvidas e a relação com a incorporação tecnológica e a política de saúde prevalente:

A maioria das conclusões de tais trabalhos, que sempre identificavam como fator irretoquível um déficit de profissionais, justificou (no sentido de fornecer pretexto) a expansão de matrículas e a criação de novas escolas na área de saúde, em especial, escolas médicas, em especialíssimo, privadas; justo no eixo Rio-São Paulo. Salvo uns meritórios, mas logo contidos ímpetos modernizadores, multiplicar vagas e faculdades nada significava em termos de transformações de conteúdos temáticos e pesquisa voltada aos problemas nacionais de saúde. (Quadra & Amancio, 1984: 245)

A subordinação do modelo de formação médica brasileiro a moldes estrangeiros, a que se referem Quadra & Amancio (1984), diz respeito principalmente à aplicação do modelo flexeneriano, de origem norte-americana, que exerceu sua influência sobre nós a partir da 2ª Guerra Mundial. Até então, as escolas de medicina brasileiras inspiravam-se no modelo europeu, especialmente o francês (Dal Poz & Varella, 1995; Campos & Aguiar, 2002). Proposto pelo Relatório Flexner, em 1910, sob os auspícios da Associação Médica Americana, o modelo flexeneriano tornou-se um novo paradigma para a prática e a formação médicas. Propunha a expansão do ensino clínico com base em unidades assistenciais, a integração de escolas médicas em universidades e a introdução da pesquisa associada ao ensino.

Em nosso país, as repercussões da publicação do Relatório foram mais tardias, embora já fosse possível observar transformações em algumas escolas antes mesmo da primeira metade do século XIX. Nosso modelo universitário, à imagem do modelo europeu, só foi oficialmente reformulado em 1968, com a imposição da Reforma Universitária, que extinguiu as cátedras, substituindo-as pela estrutura departamental, e, no caso do curso médico, criou a obrigatoriedade de um núcleo básico, comum a todos os cursos da área da saúde, e um ciclo profissional. (Rego, 2005: 33).

Para Rodriguez Neto (1996), a organicidade entre as propostas do Relatório Flexner e as então emergentes transformações do capitalismo industrial e monopolista foi decisiva para o papel que o mesmo representou na transformação da prática médica, conformando o sistema médico ideal para o capital monopolista.

Adotado em toda a América latina, tornou-se, contudo, rapidamente, objeto de crítica e insatisfação, em função da constatação de que não respondia às necessidades sociais dos países subdesenvolvidos, que careciam inclusive de recursos para aplicá-lo (Luna, 1986). Nos Estados Unidos, país emblemático do modelo assistencial de inspiração flexeneriana, 90% dos

recursos disponíveis para a saúde são consumidos para tratar apenas 11% dos pacientes (Maciel Filho, 2001a).

Segundo Garcia (1972), tais mudanças, que tornam o ensino médico baseado em investigação clínica aplicada no hospital, representam o triunfo da concepção cientificista da medicina. Teixeira (1982: 22), em estudo que analisa a formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil, sintetiza assim a questão: "[...] *trata-se de imprimir cientificidade à prática médica, através do desenvolvimento da pesquisa, sua aplicação na prática e transmissão via ensino, o que contribui para a legitimação dos seus agentes, ao mesmo tempo em que permite que o caráter socialmente determinado da prática médica se dissolva numa suposta neutralidade.*".

No caso brasileiro, esse cenário se expressa pelo distanciamento entre a educação médica e a realidade socioeconômica e sanitária do país, ao mesmo tempo em que se mostra coerente com o modelo médico-assistencial hegemônico. Dessa forma, as respostas que o sistema formador tem procurado dar aos problemas sociais e de saúde têm se limitado a ser de caráter quantitativo (Luna, 1986).

A educação é o momento da reprodução das práticas e da formação profissional daqueles que estarão ativos no mercado ao longo dos próximos trinta a quarenta anos. O modelo tradicional de ensino baseado no hospital como *locus* privilegiado do processo de aprendizagem, muitas vezes desarticulado do sistema de saúde, não responde às necessidades de uma formação em que o princípio da integralidade da atenção é a base das práticas de saúde. Adicionalmente, as abordagens pedagógicas tradicionais utilizadas não habilitam os profissionais para enfrentarem o desafio de práticas cada vez mais complexas e em constante processo de transformação (Maciel Filho, 2001a).

É preocupante constatar que o diagnóstico dessa cisão entre ensino médico e realidade social vem sendo reiterado há décadas, tendo conseguido sobrepujar-se às tentativas de reordenamento da formação desse profissional. Assim é que o cenário descrito por Silva (1986), há quase vinte anos, em 1986, na Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, continua, infelizmente, marcado pela sua atualidade:

[...] a escola médica não teve ainda a capacidade de entender a questão do ensino-aprendizagem como um processo onde é fundamental a interação entre o objeto, o professor e o aluno. [...]

Este modelo educacional acrítico, ahistórico e cientificista corresponde à grande maioria senão à totalidade das escolas médicas brasileiras. [...] os hospitais universitários constituem o campo de prática preferencial [...]. Tais hospitais, na maior parte dos casos, colocam-se em posição distante da realidade que os cerca [...].

Ainda que na maioria dos regimentos das escolas médicas brasileiras esteja estabelecido o compromisso com a formação de um profissional técnico e eticamente preparado para atender aos problemas prioritários da comunidade, tal não acontece. [...]

A falta de formação científica sólida, aliada à mitificação tecnológica e ao descompromisso social, transformam o médico formado num elo fundamental na cadeia do consumo de produtos (medicamentos) e equipamentos. [...]

Portanto, em relação ao seu produto, a escola médica cumpre uma função de através dele perpetuar um modelo médico-assistencial único, determinado por interesses industriais e mercantilistas. (Silva, 1986: 9-10).

O grande incremento na formação de médicos se deu atrelado a duas importantes alterações na estrutura demográfica da oferta da força de trabalho médica, já referidas neste estudo: sua feminilização e seu rejuvenescimento. A feminilização pode ser atribuída às mudanças socioculturais da sociedade brasileira nos anos 60 e 70, particularmente nos grandes centros urbanos, ampliando a participação feminina na vida econômica e social. A participação feminina na força de trabalho médica teve um incremento, entre 1970 e 1980, da ordem de 77,6%. Com exceção do Distrito Federal, houve, no mesmo período, crescimento da participação feminina no trabalho médico em todas as regiões, passando de 11,6% para 20,6% no país como um todo. O maior percentual foi registrado na Região Nordeste, com 27,5% e o menor na Região Sul, com 14% de mulheres no total de médicos (Medici, 1985).

A feminilização mostrou-se mais expressiva, no período citado, nas faixas de idade mais jovens (até 29 anos e de 30 a 39), com incrementos de 57% e 54,8%, respectivamente, enquanto na faixa etária de 40 anos e mais esse aumento foi de 12% (Medici, 1985).

No que se refere ao rejuvenescimento da força de trabalho médica, os profissionais com menos de 30 anos, que em 1970 representavam cerca de 14%, passaram para quase 23% em 1980; ao mesmo tempo em que os com mais de 60 anos reduziram sua participação de 10,88% para 6,28% (Medici, 1985).

Mas a principal consequência do fenômeno de expansão do ensino da medicina, conhecido como o *boom* das escolas médicas, foi o expressivo aumento de oferta dessa força de trabalho nos anos subseqüentes, coerente com a expansão capitalista do setor na década de 70 (Dal Poz, 1996; Machado, 1997; Paim, 1994; Pierantoni, 2000; Rego, 1994; Schraiber, 1989). Se até 1950, as 13 escolas médicas brasileiras eram todas públicas, a partir da década de 60 a rede privada é que se torna majoritária. Atualmente, a relação é mais igualitária, com o país possuindo 112 escolas médicas reconhecidas pelo Ministério da Educação, sendo 59 públicas e 53 privadas, que formam, aproximadamente, 10.000 médicos por ano ⁴.

⁴ Dados da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), de dezembro de 2003.

Foi a partir de meados dos anos 70 que passou a ser registrada a reversão da tendência das políticas e orientações expansionistas de formação de médicos:

[...] a partir de 1975, emerge gradualmente una actitud opuesta por parte de los gobiernos y de los organismos internacionales. Comienza a difundirse la idea de que el número de graduados sobrepasa la capacidad de absorción y de que esto puede, por diversas formas de repercusión, perjudicar los costos de la asistencia médica y en el sistema de salud como un todo. [...]

En la segunda mitad del mismo decenio, la situación económica mundial había cambiado considerablemente y el ritmo de crecimiento de las economías nacionales, en parte bajo las repercusiones de la crisis del petróleo, comienza a desacelerarse, con raras excepciones. Se entra en la fase descendente del ciclo económico mundial y el "déficit fiscal del Estado" se agudiza y muchos países ven el término del sueño del Estado benefactor.[...]. (Nogueira, 1986b: 299-300).

Nesse contexto, a OPAS promoveu a Primeira Reunião sobre Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe, que definiu as seguintes diretrizes para a política de recursos humanos desses países (OPAS, 1977):

1. a formação de recursos humanos para a saúde e a criação de instituições formadoras deve ser responsabilidade dos governos, como resultado de políticas de saúde e de educação explícitas;
2. a formulação de políticas de saúde e sua execução, inclusive no que se refere ao desenvolvimento de recursos humanos, deve ser resultado da ação intersetorial entre saúde e educação, com a criação de organismos interinstitucionais encarregados de sua coordenação, execução e supervisão;
3. respeitando a autonomia universitária, esta não deve se constituir em obstáculo para que as universidades participem na definição de políticas de saúde e, especialmente, dos recursos humanos necessários;
4. a formação de pessoal de saúde deve ter consonância com a política de saúde de cada país, de acordo com sua realidade sanitária e com propensão a sua transformação;
5. toda política de saúde deve levar em conta os recursos humanos, considerando sua quantidade, qualidade, relações entre as diversas categorias e promover as mudanças que sejam necessárias;
6. cada país deve definir a estrutura de seu pessoal de saúde e garantir o desenvolvimento equilibrado da mesma;
7. deve-se revisar a prática médica, as suas instituições e a coordenação do trabalho, para corrigir ou modificar as tendências atuais;
8. os países devem dirigir suas ações para a constituição, aperfeiçoamento ou extensão, segundo seja o caso, de serviços devidamente concebidos e planejados para prestar atenção à saúde a toda a

população e que permitam o aproveitamento integral da rede assistencial para a formação de profissionais de saúde;

9. a prática profissional e a estrutura da atenção médica devem ser consideradas como objetos de transformação, por parte das instituições formadoras de médicos, dentro de qualquer estratégia integral de mudança das condições de prestação de serviços de saúde à população.

Em 1977, a Assembléia Mundial da Saúde definiu como principal meta para os governos, nas décadas seguintes, a "saúde para todos no ano 2000". Um ano depois, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada em Alma-Ata, na então União Soviética, declarou a atenção primária como parte integrante e central do sistema nacional de saúde. Começavam a ganhar relevo as discussões sobre os aspectos qualitativos da formação:

En los aspectos cualitativos, el nuevo personal deberá ser formado para desempeñarse en sistemas de salud en los cuales la atención primaria es la estrategia fundamental. Por lo tanto, debe incorporarse en los estudios el énfasis necesario sobre salud pública, epidemiología y aquellos aspectos socioculturales de la problemática de salud y enfermedad a nivel nacional y local. En otras palabras, la calidad debe tomarse como la estricta relación entre el proceso educacional y las necesidades de salud de la población.

Este planteamiento de una 'calidad nueva' permite darle a las especializaciones futuras del estudiante una base científica que parte de las necesidades reales de la población y que, a la vez, hace más factible la reorientación del personal actual. (Vidal, 1984: 18).

A ênfase recaí sobre a reforma curricular e estrutural do ensino médico. "*Los educadores médicos 'progresistas' se volcaron hacia modelos nuevos de capacitación, como los de integración docente-asistencial, conjugados – en diferentes medidas – a los programas de extensión comunitaria o a una práctica más restrictiva denominada medicina comunitaria [...].*" (Nogueira, 1985b: 34).

Esse debate surgiu como decorrência da constatação de que à expansão quantitativa e de natureza essencialmente privada, se juntara a acentuada especialização da prática e da formação médica, que correspondeu, como já visto, a uma segmentação do mercado de trabalho, com ênfase em algumas especialidades como cardiologia, gastroenterologia, ginecologia, pediatria, etc (Medici, 1986).

A intervenção do Estado consolidou a especialização como princípio organizador da prestação de serviços médicos, refletido no investimento na rede hospitalar e na expansão dos programas de residência médica. Introduzida no país em 1945, embora só oficializada em 1977, a Residência Médica veio a configurar-se como modalidade de ensino responsável pela

formação do maior número de especialistas, caracterizando-se como pós-graduação com treinamento em serviço e regime de dedicação exclusiva (Dal Poz & Varela, 1995).

A Residência Médica surgiu amparada pelo paradigma predominante da formação médica, no Brasil, o da chamada "medicina científica", de tradição flexeneriana, baseada na divisão do trabalho segundo especialidades. Racionalizou a prática médica e atendeu à intervenção estatal então praticada, que fortaleceu e mesmo financiou um modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico:

Até meados da década de 70, a questão da especialização dos serviços figurava intensamente nas pautas de discussões públicas e privadas sobre a organização do sistema nacional de saúde. Fatores internacionais, como a descoberta e aplicação de tecnologias específicas destinadas ao tratamento de determinados grupos de fatores clínico-patológicos pressionavam a organização do sistema de saúde, em geral, e a reestruturação curricular dos cursos de medicina, em particular, a buscar maior especialização. [...]

[...] Até 1976 ficaram, de certa forma, consolidados os interesses setoriais do empresariado privado ligado à produção de bens e serviços no campo da saúde, destacando-se aqueles que vendiam serviços médico-hospitalares à Previdência Social, instituição que passou a ser hegemônica na determinação das políticas nacionais de saúde a partir de uma orientação assistencialista, privatizante e tecnificadora. Nesse ínterim, a especialização dos serviços de saúde e do trabalho médico foi grandemente incentivada. (Medici, 1985: 67).

Medici (1986: 410) resume bem as conseqüências, para a categoria profissional médica, da intervenção estatal que estruturou esse modelo de atenção à saúde:

A formação, em massa, de profissionais em medicina, ao longo da década de 70 foi, em certo sentido, adequada às estratégias de expansão do setor privado que tinha, na figura do médico, o outro pólo de suas equipes. O recurso à especialização formou, na prática, segmentos especiais de mercado de trabalho para cardiologistas, gastroenterologistas, ginecologistas, pediatras, etc. que, em função do rebaixamento salarial provocado pela sobre-oferta destes profissionais, forçava-os a combinar empregos em estabelecimentos públicos e privados com a prática autônoma (liberal), em consultórios. Vale dizer que o 'multiemprego' do médico não foi, propriamente, uma 'estratégia de sobrevivência', embora tenha sido uma regra de comportamento, cuja lógica calcava-se na sobre-oferta artificial de profissionais médicos e no rebaixamento do piso salarial, tanto no setor privado como no público. Entre 1970 e 1980, o número de formados em medicina passou de 45.113 para 101.793, e as Escolas Médicas estavam formando, em média, 8.000 profissionais/ano. Nos anos 80, o número de egressos reduziu-se para o patamar de 7.200.

Esta sobre-oferta relativa de médicos, nas regiões urbanas, nas grandes metrópoles do Sudeste e em algumas especialidades é, no entanto, a contraface da carência absoluta de médicos em, pelo menos, 10% dos 4.100 municípios brasileiros. É o preço que a sociedade brasileira tem que pagar pela ausência de médicos generalistas ou formados nas especialidades básicas [...]. É o legado que deixou o sistema de assistência médica montado, no Brasil, nestes últimos vinte anos [...].

A preocupação com esse cenário da formação médica, herdado da década de 70, fez-se presente no discurso do então ministro da Educação, Eduardo Portella, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980:

- 1) Ao nível da graduação, a organização curricular deverá estar voltada para o treinamento nas grandes áreas: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia, evitando-se a fragmentação do curso médico por disciplinas e o treinamento em especialidades e subespecialidades. A Medicina Preventiva deverá estar integrada e participando ativamente das áreas supracitadas, em um contínuo acompanhamento do desenvolvimento do profissional em formação, de tal modo que o ensino das medidas preventivas e curativas de saúde permita um futuro comportamento profissional onde promoção, prevenção e recuperação sejam, em realidade, indissociáveis.
- 2) As escolas somente terão êxito na formação de médicos gerais se organizarem o treinamento de seus alunos de acordo com as necessidades prevalentes de saúde da população. Conseqüentemente, a organização curricular deverá prever o treinamento em instituições de saúde de níveis primário, secundário e terciário. O treinamento em hospitais universitários destinados a cuidados complexos e sofisticados de saúde deixa de ser o único ou mesmo o principal modo de treinamento profissional.
- 3) Deverá ser estimulado, mesmo nos primeiros semestres dos cursos de saúde, o contato do aluno com a população das comunidades onde a escola se insere, a fim de que conheçam suas condições sócio-culturais e econômicas, o seu estilo de vida, sua demanda de cuidados de saúde e características epidemiológicas. (Ministério da Saúde, 1980: 35).

Essas preocupações refletiam a tônica do debate acadêmico, então colocado como resposta à meta da OMS de "saúde para todos no ano 2000":

[...] los 17 años que tenemos por delante, los cuales pueden representar todavía un lapso suficiente para la implantación y consolidación de importantes ajustes en el proceso de formación de recursos humanos, a fin de contribuir en un tiempo aprovechable al logro de la meta citada. [...]

La complejidad de esta proposición nos obliga a considerar la necesidad de una amplia revisión de las problemáticas de planificación, formación y utilización de todo el equipo de salud. En este contexto habría que preguntarse: ¿Qué papel le toca al médico en el proceso para alcanzar la meta social más importante del sector salud? ¿En qué forma deberá cambiar el ejercicio de la medicina para adecuarse a los objetivos de equidad, eficiencia y eficacia establecidos por la meta? (Ferreira, 1983: 54).

No entanto, o mesmo autor advertia, em outra publicação, que "*La aceptación de la atención primaria ha despertado cierto grado de resistencia en el seno de las instituciones de formación médica. Parecería que al médico, con su alto nivel científico de profesionalización, no podría corresponder el ejercicio a un nivel primario de atención.*" (Ferreira, 1986: 462).

É ainda Ferreira (1983: 61; 64) quem complementa:

Muchos de los aspectos señalados como responsables de la rigidez en los patrones de la práctica médica son también los factores que condicionan la resistencia al cambio en el interior de las escuelas de medicina. Solo que en

ellas la tradición parece ser aún más fuerte, e independientemente de su nivel de desarrollo o de la capacidad y grado de actualización de sus profesores, la institución como un todo se ha mostrado insensible para adaptar la formación del médico a tono con la presente realidad social.

[...] inadecuación de la formación médica en su presente configuración, que no está orientada a objetivos claramente definidos; no atiende a las prioridades de salud; no observa los más elementales principios pedagógicos; y por otro lado, se basa en una tradición injustificada, deformada a lo largo del tiempo por la adición de fragmentos de nuevos conocimientos y ajustes de compromiso. (Ferreira, 1983: 61; 64).

Sonis (1973: 277) mostra que a dificuldade de introduzir mudanças no campo da formação médica, de forma a adequá-la às necessidades da realidade social e do sistema de saúde, é antiga e tem obtido poucos resultados:

Quizá en este análisis lo más llamativo resulte la serie de esfuerzos realizados en el campo de la educación y capacitación de personal de salud en las últimas décadas y los escasos resultados alcanzados. Basta citar como ejemplo lo sucedido con la formación de médicos y enfermeras, con respecto a la cual desde hace años se insiste en la necesidad de adecuar los programas existentes a las necesidades de los servicios, sin que hasta la fecha se registren resultados sustanciales. En el caso de los médicos, hace ya casi un siglo que Osler indicaba como punto crítico de la enseñanza de la medicina la necesidad de introducir los aspectos preventivos, sociales y comunitarios, y a pesar de los esfuerzos realizados, en general, la mentalidad del médico y la estructura de su pensamiento con respecto al fenómeno salud-enfermedad aún sigue las líneas tradicionales, sin modificaciones de fondo.

Si consideramos en distintos campos de la actividad humana el lapso que va desde la aceptación conceptual de un cambio hasta el momento en que el mismo se produce, pocos campos presentan la lentitud en efectivizarlo y la rigidez que encontramos en general en la educación y en la formación del personal de salud en particular.

Dada la magnitud de los esfuerzos y su reducido efecto, deberíamos concluir aceptando que trabajar aisladamente sobre el proceso docente no tiene efecto mágico sobre el mismo y que en el círculo vicioso que se plantea hoy entre educación y atención médica – médicos que se forman en hospitales tradicionales y un sistema de atención médica difícil de cambiar por la mentalidade del personal de salud – sólo un enfoque integral puede desencadenar un proceso efectivo de cambio en el campo de la atención médica.

Aliada a esse processo de especialização, a incorporação tecnológica tornou-se uma das bases sobre a qual se assentou a formação e a prática da medicina, gerando maior valorização de mercado e *status* social de algumas áreas de especialização em relação a outras, de caráter mais generalista e menos intensivas em tecnologia.

Donnangelo, já em 1975, resumia assim, tais tendências:

As possibilidades abertas pela forma atual de organização do mercado, os padrões de formação escolar, nucleados na estrutura altamente tecnicizada dos hospitais-escola, os mecanismos formais e informais de valorização do trabalho especializado inerentes a esse padrão, não só permitem como ainda

estimulam a busca de integração no mercado através das especialidades. (Donnangelo, 1975: 63).

A especialização tornou-se o meio pelo qual as inovações tecnológicas foram sendo absorvidas pela medicina, configurando uma prática segmentada, com áreas detentoras de características específicas de formação e mercado de trabalho, numa espécie de "tribalização da profissão médica" (Machado, 1996a). Segundo recente tabela de especialidades médicas divulgada pelas entidades da corporação, são poucas aquelas que não são compostas por subespecialidades (Machado, 2003), o que amplia a tabela para cerca de 150 especialidades. A pediatria, por exemplo, é composta por mais de 30 áreas de atuação, que anexadas a ela ou a outras, assumem, como analisa Machado (2003), o *status* quase de uma profissão, com sua própria autonomia, conhecimentos específicos e inserção no mercado de trabalho.

Não se trata, é claro, de negar a importância do médico especialista, mas de ressaltar que "[...] *sua atuação quali e quantitativa deverá ser melhor orientada, senão pelo próprio mercado de trabalho, pelo menos por regulamentações que a limitem como resposta às reais necessidades, freando seu crescimento com fins mais especulativos [...]*" (Ferreira, 2001: 36).

Como ressalta Feuerwerker (2001), embora o Ministério da Saúde tenha representação na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que está abrigada no próprio Ministério da Educação, a CNRM tem funcionado numa espécie de "mundo à parte", não havendo tradição de diálogo entre o MS e o MEC. "*E a residência médica, situada na interface dos processos de prestação de serviços e formação, sofre particularmente com essa desarticulação. Assim, [...] as definições a respeito de programas, vagas, especialidades não estão minimamente articuladas às políticas ou às necessidades do sistema de saúde.*" (Feuerwerker, 2001: 50).

Aliado ao crescimento desordenado dos programas de residência médica, manteve-se o aumento do número de escolas médicas, sem que ambos estejam efetivamente orientados pelas necessidades do sistema de saúde e do modelo de atenção. Na década de 90, houve o que Rego (2005:29) denomina como "*um novo 'surto' de crescimento quantitativo*" das escolas de medicina, resultante de uma política de governo que liberou a criação de novas escolas. Mas, dessa vez, a liberação para criar novas escolas de medicina apresentou características distintas daquelas que marcaram o *boom* dos anos 60 e 70, determinado, dentre outros fatores, pela necessidade de desenvolver o setor saúde e por necessidades políticas circunstanciais (Rego, 2005). Foram estabelecidas normas, pelo governo federal, para regular as iniciativas de criação dessas novas escolas. No entanto, essas normas "*nunca chegaram a*

ser realmente efetivas e cumpridas, já que a maioria dos grupos de investidores interessada em criar escolas médicas encontrou caminhos para desrespeitar o decreto presidencial [...]." (Rego, 2005: 41). Assim, entre 1995 e 2001, foram criados 21 novos cursos de Medicina, representando um aumento de 24,7%, com um crescimento do número de vagas da ordem de 36,8%, passando de 8.247 para 11.282 vagas. Isso significou um crescimento de 86,1% de vagas privadas e de apenas 2,2% de vagas públicas no país (Vieira et. al., 2004: 184;194).

Em 2003, o Ministério da Saúde, atendendo a uma resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), suspendeu, por meio de Portaria, a criação de novos cursos superiores na área da Saúde, por 180 dias, inclusive as solicitações que já se encontravam em andamento. Em março de 2004, também como decorrência de uma resolução do CNS e por solicitação de oito entidades médicas, dentre elas o CFM, o Ministério da Educação prorrogou essa decisão por mais 60 dias. Atualmente, os dois ministérios vêm estudando critérios que envolvam a abrangência conjunta de atuação da Saúde e da Educação no credenciamento de cursos e que considerem o papel regulador do Estado, a regionalização, a ampliação da rede pública de ensino e novas propostas pedagógicas (Vieira et. al., 2004).

Essas iniciativas, que deverão servir como subsídio para a proposta de Lei Orgânica da Reforma da Educação Superior, a ser apreciada pelo Congresso Nacional, "*[...] apontam a construção de processos regulatórios que podem reverter de fato as tendências observadas, que caracterizam o sistema de ensino no país como desordenado, desigual e privatizado.*" (Vieira et. al., 2004: 200).

Enquanto isso, o governo federal investiu simultaneamente numa política de avaliação do funcionamento dessas escolas; criou um exame nacional para os graduandos e assegurou maior autonomia às escolas na definição do currículo médico, restringindo-se a estabelecer o perfil do profissional a ser formado (Rego, 2005). Esse perfil é assim definido pela Portaria nº126/99, que apresenta as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina:

- a) cidadão com atitude ética, formação humanística e consciência da responsabilidade social;
- b) capacidade de compreender, integrar e aplicar os conhecimentos básicos à prática clínica;
- c) formação para atuar em nível primário de atenção e resolver, com qualidade, os problemas prevalentes de saúde;
- d) formação para o atendimento das urgências e emergências;
- e) capacidade de lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;

- f) formação para aquisição e produção do conhecimento, com capacidade de aprendizado contínuo durante toda a vida profissional;
- g) capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional." (Brasil, 1999)

Ainda é cedo para avaliar o impacto dessa política, mas de qualquer forma, é possível afirmar que: "*Tais iniciativas, polêmicas e muito questionadas pela corporação médica através de suas diversas entidades representativas, ainda não demonstraram sua eficácia no enfrentamento dos problemas da educação médica no Brasil, mas seus resultados após o primeiro ano são extremamente alvissareiros.*" (Rego, 2005: 42).

A reação das entidades médicas à tentativa de se instituir um sistema de avaliação dos cursos médicos, externo à corporação, já vinha se dando desde 1990, quando houve a primeira tentativa por parte do governo federal nesse sentido. A corporação médica pretendia que fosse adotado o sistema criado e executado pelas entidades representativas da classe e estruturado como uma comissão, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).

Entretanto:

Após dez anos de funcionamento, a Cinaem ainda não conseguiu produzir resultados concretos que afastassem a imagem de uma ação corporativista e que sugerissem ser este o caminho mais eficaz na construção de alternativas ao modelo vigente no Brasil. Persiste-se dando muita ênfase na identificação e na elucidação dos entraves do processo educativo, enfoca-se ora o docente, ora o discente, ora a infra-estrutura e os meios de ensino, mas parece que persiste ainda a falta de idéias [...], embora esta falta não seja apenas latino-americana. Em suma, mais do que falta de vontade de mudar, o que parece prevalecer é a total falta de idéia de para onde e como ir.

Esta crítica, todavia, não deve ser entendida como se fôssemos simplesmente contrários ao esforço empreendido pela Cinaem [...]. Entendemos que a Cinaem possibilitou a manutenção da discussão sobre a educação médica na agenda de diversos atores, com alguns resultados louváveis e meritórios. Mas a rigor, quando comparamos como está o ensino médico hoje com o de 1990, poucas das mudanças observadas podem ser corretamente atribuíveis ao processo empreendido pelas entidades que compõem a Cinaem. (Rego, 2005: 43).

A necessidade de mudanças qualitativas e quantitativas na formação dos médicos e na distribuição geográfica desses profissionais tem sido ainda mais enfatizada a partir do contínuo processo de crescimento e consolidação da estratégia de saúde da família (Campos *et al.*, 2001; Cordeiro, 2001; Ferreira, 2001; Maciel Filho, 2001b).

Foi assim que, em 2002, uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), deu origem ao Programa de Incentivo para Mudanças Curriculares para Faculdades de Medicina (PROMED). Criado pela Portaria Interministerial n° 610, o PROMED tem como finalidade "[...] *incentivar a*

promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina [...]" (Brasil, 2002a). Seus objetivos são:

- I - inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro;
- II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;
- III - incorporar, no processo de formação médica, noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde;
- IV - ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;
- V - favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação continuada. (Brasil, 2002a).

O Termo de Referência que apresenta o PROMED o define como "[...] *um sistema de incentivos às Instituições de Ensino Superior que adotem práticas de ensino, pesquisa e de atenção à saúde sintonizadas com o paradigma da integralidade.*" (Ministério da Saúde, 2002a: 14). Como "situação desejada" define que:

O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar. (Ministério da Saúde, 2002a: 13-14).

No entanto, ainda que um sistema de incentivos como o PROMED possa vir a obter algum sucesso, a mudança da formação médica é um processo bastante complexo, porque conforme ressalta Lampert (2002: 20):

[...] o processo de produção de médicos não é isolado, uma vez que se acha subordinado à estrutura econômica dominante na sociedade onde se desenvolve [...] as características de ordem institucional da educação médica emergem do processo de produção de médicos.

[uma vez que] o modo de formar médicos determina a ordem institucional, é de se esperar que mudanças do primeiro levem a transformações substanciais da forma de organização da educação médica. No entanto, em algumas circunstâncias, uma determinada organização ou superestrutura da educação médica pode impedir a passagem de um modo de formação de médicos a outro. Esse parece ser o caso de alguns países latino-americanos, onde o esforço para incorporar o estudante ao sistema de serviços de saúde se choca com a resistência das atuais estruturas das escolas médicas.

De qualquer forma, é possível concordar com Rego (2005: 43), para quem o PROMED é uma iniciativa que "*Pela primeira vez, aponta não apenas uma direção concreta*

para as mudanças, respeitando as peculiaridades, idiossincrasias e autonomia de cada faculdade, mas também oferecendo recursos financeiros e consultorias para o processo [...].

Nessa direção, a criação do PROMED teve como principal justificativa o entendimento de que:

[...] o Ministério da Saúde tem como uma de suas prioridades essenciais a atenção básica, mediante a qual pretende ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais gerais, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde. Na superação desse obstáculo, os gestores do SUS e das instituições acadêmicas vêm empreendendo esforços para resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à estratégia de Saúde da Família, por intermédio da implantação dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família na maioria das Unidades Federadas. [...] É necessário, entretanto, que sejam implementadas ações de maturação a médio e longo prazos, voltadas à melhoria da formação profissional. Para tanto, as IES, responsáveis por essa formação, deverão ter papel protagônico e ser os sujeitos desta ação, e não mais um participante entre muitos outros. (Ministério da Saúde, 2002a: 11-12).

Feuerwerker (2000) lembra que o desafio da tendência de mudança do modelo de atenção, representado pelo PSF, é que o mesmo encontra-se em construção, envolvendo questões complexas, como a articulação entre a clínica e a saúde coletiva e o trabalho multiprofissional. Mas acredita que é uma oportunidade de repensar a formação médica, por abrir demanda de mercado para um novo perfil desse profissional.

Ferreira (2001: 36-37) ressalta que embora mudanças desse porte não ocorram:

“[...] da noite para o dia [nem se realizem] em termos de substituição radical do padrão hegemônico que vigora no presente [...], é possível identificar no PSF o embrião de um modelo [...] que se espera possa envolver quase a metade dos profissionais [médicos] dentro de pouco mais de uma década, [em função do seu] já presente e franco desenvolvimento [...]. No momento, tanto a capacitação desse novo tipo de médico, como sua inserção no mercado de trabalho pode-se considerar ainda em fase experimental, mas com um desenvolvimento temporal e evidência de resultados já suficientes para garantir sua evolução futura em caráter imprescindível.”

Cordeiro (2000) argumenta que ainda estão por serem dimensionados os desafios que este modelo de atenção à saúde traz no campo dos recursos humanos em saúde, inclusive na prática médica.

Maciel Filho (2001b: 24) complementa:

“A receptividade desse novo modelo pela sociedade e pelos gestores do SUS indica que se trata de algo que veio para ficar.

Esta proposta guarda relação direta com o que as escolas médicas declaram como sua missão: a formação terminal de um profissional qualificado, voltado para as necessidades epidemiológicas e sociais. Mas esta tarefa não pode ser exclusiva do Estado. Ela se constitui em um desafio para a sociedade como um todo. O papel do governo deve ser o de instituir políticas

que induzam a mudança, assumindo, para o seu adequado desenvolvimento, o princípio da parceria com os agentes sociais que entendam a sua emergência.”

Seu potencial como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde e de consolidação como opção atrativa de mercado e de formação para o profissional de medicina, gera expectativas importantes não apenas quanto a sua repercussão sobre o mercado de trabalho e a formação médica, mas também quanto ao seu grau de contribuição para minimizar a desigual distribuição de médicos nas diversas regiões e municípios do país.

2. MERCADO DE TRABALHO E OFERTA DE MÉDICOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS: ENCONTROS E DESENCONTROS

2.1. Descompasso entre os aspectos demográficos e a disponibilidade de médicos

A configuração do mercado de trabalho e da formação médica desenhada na década de 60, aliada ao crescimento populacional, trouxe conseqüências para a distribuição desses profissionais em relação à população das diversas regiões brasileiras. As conseqüências do modelo de intervenção do Estado até aqui discutido, cedo se fizeram sentir e algumas delas ainda hoje se mantêm:

[São] distorções decorrentes da forma como foi montada a estrutura de serviços de saúde, no Brasil, dos anos 70. Estas distorções resultaram de um quadro onde, as estratégias de financiamento, a estrutura do mercado de bens e serviços do setor e os interesses privados, definiram as políticas de saúde e, em particular, de formação e distribuição de recursos humanos para o setor. [...]

O passado ensinou que, a submissão das políticas de saúde e, em particular, da formação, desenvolvimento e distribuição de recursos humanos, aos sistemas de custeio, pagamento e lucratividade, foram os principais ingredientes responsáveis pela descoordenação, inadequação, multiplicidade de esforços e má distribuição dos recursos humanos em saúde, hoje, existentes no Brasil. (Medici: 1986: 419-420).

As conseqüências dessas distorções, no que se refere à distribuição de médicos, podem ser constatadas já em 1970. Observa-se, na tabela 2, que naquele ano, cerca de 80% dos médicos do país concentravam-se nas regiões Sudeste e Sul, embora nelas residissem aproximadamente 60% da população. A região Norte, que já comportava cerca de 4% da população total não contava sequer com 1% dos médicos disponíveis. A mesma relação de precariedade é constatada na região Nordeste, que com quase 30% da população brasileira, dispunha de pouco mais de 17% dos médicos disponíveis no país.

A mesma tabela mostra que embora dez anos depois o número de médicos no país tenha mais do que duplicado, passando de 45.113 para 101.793, o mesmo ocorrendo com a relação médico por habitante, que passou de 0,48 médicos/1.000 hab. para 0,85 por mil, isso não se deu de forma homogênea e igualitária. Ainda que, aparentemente, tenha havido um progresso, já que houve ampliação do número de médicos relativamente à população em todas as regiões brasileiras – com exceção exatamente da região Sudeste, que detinha a maior concentração desses profissionais – as acentuadas disparidades regionais mantiveram-se ao longo do período. Assim, a região Sudeste continuou com o maior percentual de médicos em

relação à população (cerca de 60% dos médicos disponíveis no país, para aproximadamente 40% da população brasileira). A região Sul, por sua vez, também registrou uma sobreproporção de médicos em relação ao número de habitantes. E o Nordeste continuou contando com apenas 18% do total de médicos do país para uma população que correspondia a aproximadamente 30% da população brasileira.

Tabela 2. Distribuição percentual de médicos e da população, por região – Brasil – 1970 e 1980

Região	Ano			
	1970		1980	
	Médicos	População	Médicos	População
Norte	0,7	3,9	2,6	4,9
Nordeste	17,6	30,2	19,2	29,3
Centro-Oeste	2,5	5,4	4,9	8,1
Sudeste	63,6	42,8	55,0	43,4
Sul	15,6	17,7	18,3	16,0
Brasil	45.113 (100%)	93.139.000 (100%)	101.793 (100%)	119.099.000 (100%)

Fonte: Nogueira (1986b).

A tabela 3 mostra a relação de habitantes por médico nas cinco regiões, no mesmo período (1970 e 1980). Embora seja possível observar que houve uma evolução positiva em todas as regiões, em níveis bastante expressivos, deve-se atentar para o fato de que essa oferta de profissionais encontrava-se fortemente concentrada nas áreas urbanas centrais dessas regiões, particularmente nas capitais, como se verá adiante. Além disso, no caso da Região Norte, o importante avanço registrado fica comprometido pela grande dispersão geográfica da população naquela área, que se mantém ainda hoje e que funciona como uma barreira adicional ao acesso à atenção médica (Nogueira, 1986b).

Tabela 3. Relação habitante/médico, por região – Brasil – 1970 e 1980

Região	Ano		Incremento bruto (%)
	1970	1980	
	hab./médico	hab./médico	
Norte	11.123	2.261	- 79,67
Nordeste	3.552	1.781	- 49,84
Centro-Oeste	4.562	1.505	- 67,00
Sudeste	1.391	924	-33,59
Sul	2.349	1.024	- 56,40
Brasil	2.069,11	1.170,01	-43,45

Fonte: Nogueira (1986b).

A análise por Unidade da Federação (tabela 4) permite observar que apenas os estados do Maranhão, Rio Grande do Norte e Sergipe, na região Nordeste, e São Paulo, na região Sudeste, reduziram sua participação relativa na disponibilidade de médicos do país, mas por motivos distintos. Quase certamente, como ressalta Medici (1985), os estados nordestinos citados não obtiveram ao longo da década um cenário econômico e social capaz de atrair ou reter os profissionais de medicina; ao passo que São Paulo já apresentava desde fins dos anos 60 um mercado de trabalho com excessiva concentração desses profissionais. Nota-se, ainda, a grande carência de médicos nos estados da região Norte, que nos casos do Acre, Amapá, Rondônia e Roraima era de escassez absoluta no início e/ou final do período.

Tabela 4. Distribuição percentual de médicos, por Unidade da Federação e região – Brasil – 1970 e 1980

UF e Região	Ano	
	1970	1980
	Médicos (%)	Médicos (%)
Norte	0,7	2,6
Acre	-	-
Amapá	-	0,1
Amazonas	0,1	0,8
Pará	0,6	1,5
Rondônia	-	0,2
Roraima	-	-
Nordeste	17,6	19,2
Alagoas	0,9	1,0
Bahia	6,1	7,0
Ceará	2,0	3,2
Maranhão	1,1	0,9
Paraíba	0,8	1,1
Pernambuco	4,0	4,7
Piauí	0,2	0,4
Rio Grande do Norte	1,6	0,3
Sergipe	0,9	0,6
Centro-Oeste	2,5	4,9
Distrito Federal	0,7	1,8
Goiás	0,5	1,5
Mato Grosso	1,3	1,6
Sudeste	63,6	55,0
Espírito Santo	0,9	1,2
Minas Gerais	8,5	9,2
Rio de Janeiro	23,0	23,3
São Paulo	31,2	21,3
Sul	15,6	18,3
Paraná	4,3	5,7
Rio Grande do Sul	9,7	11,0
Santa Catarina	1,6	1,6
Brasil	45.113 (100%)	101.793 (100%)

Fonte: Medici (1985).

A evolução positiva da distribuição relativa de médicos, na maioria dos estados brasileiros, entre 1970 e 1980, pode ser atribuída predominantemente ao aumento do grau de urbanização do país e à elevação dos níveis de assalariamento (Medici *et. al.*, 1992). Porém, outros fatores típicos daquele período, como a grande concentração regional da renda nacional (Medici, 1985), tornaram-se fatores decisivos que impedem, ainda hoje, uma distribuição mais equitativa de médicos. Medici (1985) resume os demais aspectos do período 1970 a 1980 que contribuíram para esse quadro:

Grande parte dos serviços de saúde no Brasil repousa no assalariamento, no trabalhador que contribui para a Previdência Social ou na população que detém poder de compra para pagar o trabalho do médico ou remunerar os serviços de saúde. Desta forma, é natural que o mercado de trabalho médico venha a se concentrar nas regiões urbanas onde as condições descritas sejam predominantes. Por isso, 98,6% dos médicos residiam nas regiões urbanas brasileiras em 1980, dado que estas caracterizam-se cada vez mais pelos laços de assalariamento e pela mercantilização e monetarização das relações de troca da economia. (Medici, 1985: 58).

Essa concentração foi, ainda, impulsionada pelo fato de, entre 1970 e 1980, ter ocorrido pela primeira vez uma redução absoluta da população rural do país, com ampliação do percentual de habitantes nas regiões urbanas de 55,9% para 67,6% (Medici, 1985).

A desigualdade da distribuição dos profissionais de medicina em relação ao número de habitantes já se verificava não apenas entre as regiões do país, mas também entre a área urbana e a rural, mesmo nas regiões mais favorecidas, assim como entre capital e demais municípios de um mesmo estado (Nogueira, 1986b). Considerando-se, por exemplo, apenas as regiões metropolitanas do país, no período em questão (tabela 5), vê-se a elevada concentração de médicos que residiam nessas áreas, em detrimento dos demais municípios dos respectivos estados, especialmente na Região Nordeste. A região metropolitana de Recife que, em 1980, detinha 35% da população do estado de Pernambuco, concentrava 95% do total de médicos daquele estado. Também no Ceará registra-se o mesmo fenômeno, com a região metropolitana de Fortaleza concentrando 77% dos médicos para uma população que representava 30% do total do estado, naquele ano. Ainda na Região Nordeste, embora em níveis mais baixos, a região metropolitana de Salvador também mostra importante concentração de médicos em relação à população total da Bahia, com percentuais de 49 e 19%, respectivamente, no ano de 1980. Deve-se ressaltar que no caso de Recife, a situação agravou-se, já que no início dos anos 70 a concentração de médicos era dez pontos percentuais mais baixa.

Minas Gerais e Paraná reproduziram, no mesmo período, o padrão elevado da relação médico/população total do estado, em suas regiões metropolitanas, embora com percentuais

mais baixos do que os verificados na região Nordeste. Já São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram índices mais equilibrados, considerando-se que em suas regiões metropolitanas concentravam-se, em 1980, respectivamente, 50% e 80% da população total desses estados para um percentual respectivo de 60% e 82% de médicos nessas áreas.

Tabela 5. Relação médicos residindo nas regiões metropolitanas brasileiras pelo total de médicos no respectivo estado e relação população residente nessas áreas pela população total do estado – 1970 e 1980

Região Metropolitana	Relação médicos na região metropolitana/médicos no respectivo estado		Relação população da região metropolitana/população do respectivo estado	
	Ano		Ano	
	1970	1980	1970	1980
Rio de Janeiro	94,14	81,97	78,73	79,83
São Paulo	56,67	59,21	45,78	50,27
Belo Horizonte	60,52	45,30	13,98	18,98
Curitiba	79,24	37,47	11,85	18,90
Recife	84,32	94,66	34,74	38,29
Fortaleza	89,28	76,79	23,80	29,88
Salvador	67,58	49,25	15,33	18,70

Fonte: Medici (1985).

A situação foi se agravando nos anos seguintes, o que pode ser observado pela concentração desses profissionais nas capitais, em meados dos anos 90, que se mostrava maior nas regiões mais desfavorecidas economicamente (tabela 6). Assim, os estados do Norte e Nordeste apresentavam, em 1995, percentuais próximos de 80% a quase 96% dos seus médicos atuando nas capitais, contra valores em torno de 50% nos estados das regiões Sul e Sudeste, com exceção do Rio de Janeiro, onde 74% encontravam-se na capital. Apenas os estados de Minas Gerais, Santa Catarina e o então recém-criado Tocantins apresentavam menor percentual de médicos nas capitais em relação às demais cidades do estado, com valores de 46,4%, 30,8% e 12,8%, respectivamente. A relação mais equilibrada entre disponibilidade de médicos nas capitais e nos demais municípios era registrada na região Sul, com aproximadamente 50% para ambos os casos, excetuando-se Santa Catarina, como já referido, onde essa relação era ainda mais favorável aos demais municípios.

Se comparados os recortes temporais de 1970, 1980, 1995 e 2003 (tabela 7), observa-se que embora tenha havido evolução positiva do indicador de médico por mil habitantes, em todas as regiões do país, isso não significa que houve mudança substancial no quadro da má distribuição de médicos no Brasil. Assim, apesar da região Norte ter apresentado, no período 1970-2003, um incremento da ordem de 777,8% nesse indicador, o mesmo não foi suficiente para que a região alcançasse sequer a relação considerada recomendável de um médico para

cada mil habitantes. O mesmo ocorreu com a região Nordeste, que embora apresentando um incremento de 235,7% no período, também chega ao ano de 2003 com menos de um médico por mil habitantes. Por sua vez, o Centro-Oeste e a região Sul, já em 1995, haviam ultrapassado essa relação, enquanto o Sudeste, em 1980, já contava com 1,08 médicos/1.000 hab., fechando o período com 2,22 médicos para cada mil habitantes, em 2003.

Tabela 6. Distribuição percentual de médicos nas capitais, por Unidade da Federação e região – Brasil – 1995

UF e Região	Médicos nas capitais (%)
Norte	77,7
Acre	77,8
Amapá	94,2
Amazonas	94,1
Pará	82,5
Rondônia	50,8
Roraima	95,8
Tocantins	12,8
Nordeste	75,7
Alagoas	88,3
Bahia	69,6
Ceará	82,1
Maranhão	67,9
Paraíba	65,7
Pernambuco	77,1
Piauí	74,6
Rio Grande do Norte	78,4
Sergipe	92,1
Centro-Oeste	76,2
Distrito Federal	100,0
Goiás	64,3
Mato Grosso	54,1
Mato Grosso do Sul	60,7
Sudeste	58,0
Espírito Santo	58,0
Minas Gerais	46,4
Rio de Janeiro	74,0
São Paulo	51,7
Sul	47,9
Paraná	50,7
Rio Grande do Sul	51,5
Santa Catarina	30,8
Brasil	61,3

Fonte: Machado (1997).

Tabela 7. Relação médico/1.000 habitantes, por região – Brasil – 1970, 1980, 1995 e 2003

Região	Ano				Incremento relativo (1970/2003) (%)
	1970	1980	1995	2003	
Norte	0,09	0,44	0,52	0,79	777,8
Nordeste	0,28	0,56	0,66	0,94	235,7
Centro-Oeste	0,22	0,66	1,23	1,55	604,5
Sudeste	0,72	1,08	1,64	2,22	208,3
Sul	0,43	0,98	1,23	1,62	276,7
Brasil	0,48	0,85	1,19	1,62	237,5

Fonte: os dados referentes aos anos de 1970, 1980 e 1995 têm como fonte Machado (1997) e os de 2003 são provenientes do Conselho Federal de Medicina e de estimativa populacional do IBGE para o mesmo ano.

Essas disparidades são ainda mais acentuadas entre os estados e municípios brasileiros. Pela tabela 8 é possível acompanhar a situação atual nas 27 Unidades da Federação. Os estados com a menor relação de médicos por mil habitantes são o Maranhão (0,53), Rondônia (0,68) e Piauí (0,70). Já o Rio de Janeiro, com índice de 3,39, Distrito Federal (3,19) e São Paulo (2,14) são os que contam com a maior disponibilidade de médicos relativamente à sua população. O estado de Roraima se destaca como o único da Região Norte que apresenta índice superior a um médico por mil habitantes (1,33), mas deve-se destacar que é também o estado com o menor número de habitantes de toda a região, possuindo quase 200 mil habitantes a menos do que o Amapá, segundo colocado em termos de menor população. Todos os demais estados da região Norte estão abaixo da relação recomendável de um médico para cada mil habitantes. Na região Nordeste, só ultrapassam essa relação os estados de Pernambuco (1,26), Rio Grande do Norte (1,14), Alagoas (1,09), Paraíba (1,08) e Sergipe (1,06). Deve-se considerar, no entanto, que embora esses estados apresentem índices acima da relação recomendável, como também ocorre em Roraima, isso não significa que a situação seja satisfatória, já que em geral a maioria dos médicos disponíveis está concentrada nas capitais ou em municípios de maior porte, como destaca Santos (2001: 148):

Nas capitais de todos os Estados e nas cidades de grande porte, esta razão [médico por habitante] é de 1 médico para menos de 300 habitantes. Estes números revelam que a distribuição territorial e populacional dos médicos vem sendo induzida predominantemente por um *'mercado livre'*, sem regulação para delimitá-lo perante os interesses e direitos maiores da população à saúde, e dos profissionais de saúde a condições de trabalho humanas e de realização profissional desejável.

**Tabela 8. Relação médico/1.000 habitantes, por Unidade da Federação e região
Brasil – 2003**

UF e Região	Médico/1.000 hab.
Norte	0,79
Acre	0,72
Amapá	0,74
Amazonas	0,89
Pará	0,74
Rondônia	0,68
Roraima	1,33
Tocantins	0,80
Nordeste	0,94
Alagoas	1,09
Bahia	0,89
Ceará	0,88
Maranhão	0,53
Paraíba	1,08
Pernambuco	1,26
Piauí	0,70
Rio Grande do Norte	1,14
Sergipe	1,06
Centro-Oeste	1,55
Distrito Federal	3,19
Goiás	1,30
Mato Grosso	0,96
Mato Grosso do Sul	1,24
Sudeste	1,62
Espírito Santo	1,64
Minas Gerais	1,55
Rio de Janeiro	3,39
São Paulo	2,14
Sul	1,62
Paraná	1,42
Rio Grande do Sul	1,93
Santa Catarina	1,37
Brasil	1,62

Fonte: Conselho Federal de Medicina e Estimativa Populacional do IBGE.

Esse cenário é parcialmente justificado pela própria distribuição dos serviços de saúde no Brasil, que também apresenta características de desigualdade, como pode ser acompanhado na seção seguinte.

2.2. Desigualdades na distribuição dos serviços de saúde

A desigual distribuição de médicos reflete a concentração dos serviços de saúde nas regiões mais favorecidas economicamente, particularmente expressiva nas décadas de 70 e 80.

A tabela 9 mostra que, já em 1980, a Região Sudeste concentrava cerca de 41% dos estabelecimentos de saúde e aproximadamente 55% dos profissionais do setor. É possível observar, ainda, na mesma tabela, que a distribuição dos estabelecimentos de saúde era menos concentrada do que a dos profissionais em todas as regiões e na quase totalidade dos estados. Isso explica-se por se tratarem, nesse caso, de estabelecimentos de menor nível de complexidade, com baixa absorção de profissionais, caracterizando uma distribuição geográfica heterogênea entre unidades de saúde de maior complexidade tecnológica, como os hospitais, e aquelas de menor complexidade, voltadas para o atendimento ambulatorial (Medici *et. al*, 1992).

As forças do mercado exercem forte pressão sobre a distribuição dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos, reproduzindo a própria distribuição dos meios de produção do serviço médico, mesmo porque onde esses meios encontram-se é também onde ocorre a maior geração de produtos e renda. Tal fenômeno é facilmente observável quando se constata que é nas regiões mais ricas e de maior Produto Interno Bruto (PIB) que se concentra a maioria dos estabelecimentos médicos privados (Salim, 1992). É o que também mostram as tabelas 10 e 11, que apresentam a evolução da distribuição dos estabelecimentos de saúde públicos e privados, ao longo da década de 80 e início dos anos 90, nas regiões brasileiras. Nota-se que, nos anos 80, embora o crescimento da rede pública tenha sido superior ao da rede privada, em todas as regiões, foi no Norte, Centro-Oeste e Sul que ele se mostrou mais expressivo. No entanto, nos anos finais da década de 80 e início de 90, o crescimento do setor público só se manteve superior ao da iniciativa privada na região Norte, o que corrobora o maior interesse do investimento privado nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que apresentaram os maiores percentuais de incremento desse setor, no referido período. É nessas três regiões que, historicamente, vem se concentrando a oferta de serviços médicos de maior complexidade, especialmente composta por hospitais privados, como se observa nas tabelas 12 e 13, referentes ao ano de 1992, e onde os serviços ambulatoriais encontram-se quase igualmente divididos entre os setores público e privado. Contrariamente ao que é observado nas regiões Norte e Nordeste, nas quais o atendimento ambulatorial tem sido majoritariamente oferecido por estabelecimentos públicos (85,9% e 71,9%, em 1992, respectivamente) e os serviços hospitalares são mais equilibradamente distribuídos entre os dois setores.

Tabela 9. Distribuição de estabelecimentos e profissionais de saúde, por Unidade da Federação e região – Brasil – 1980

UF e Região	Estabelecimentos de saúde		Profissionais de saúde	
	Nº	%	Nº	%
Norte	784	4,2	21.019	3,4
Acre	51	0,3	1.268	0,2
Amapá	63	0,3	1.231	0,2
Amazonas	123	0,7	4.928	0,8
Pará	425	2,3	11.102	1,8
Rondônia	79	0,4	2.012	0,3
Roraima	43	0,2	478	0,1
Nordeste	5.425	29,3	122.135	19,9
Alagoas	264	1,4	6.207	1,0
Bahia	1.764	9,5	35.466	5,8
Ceará	706	3,8	18.677	3,0
Maranhão	384	2,1	9.561	1,6
Paraíba	535	2,9	8.653	1,4
Pernambuco	728	3,9	26.901	4,4
Piauí	341	1,8	4.481	0,7
Rio Grande do Norte	460	2,5	7.468	1,2
Sergipe	243	1,3	4.661	0,8
Centro-Oeste	1.185	6,4	33.986	5,5
Distrito Federal	67	0,4	9.583	1,6
Goiás	660	3,6	14.815	2,4
Mato Grosso	458	2,5	9.588	1,6
Sudeste	7.532	40,7	336.774	54,8
Espírito Santo	412	2,2	9.701	1,6
Minas Gerais	2.427	13,1	58.577	9,5
Rio de Janeiro	1.554	8,4	99.635	16,2
São Paulo	3.139	17,0	168.861	27,5
Sul	3.563	19,3	100.772	16,4
Paraná	1.720	9,3	35.832	4,7
Rio Grande do Sul	1.151	6,2	57.629	9,4
Santa Catarina	692	3,7	13.990	2,3
Brasil	18.489	100,0	614.686	100,0

Fonte: Medici *et. al.* (1992).

Tabela 10. Distribuição dos estabelecimentos de saúde públicos, por região – Brasil – 1980, 1987 e 1992

Região	Ano			Taxa geométrica de crescimento anual (%)	
	1980	1987	1992	1980/1987	1987/1992
Norte	548	1.643	2.808	14,7	9,3
Nordeste	3.674	7.221	8.817	8,8	3,4
Centro-Oeste	555	1.218	1.565	10,3	4,3
Sudeste	3.833	6.456	8.721	6,7	5,1
Sul	1.435	3.636	5.181	12,3	6,1
Brasil	10.045	20.174	27.092	9,1	5,0

Fonte: Machado (1997).

Tabela 11. Distribuição dos estabelecimentos de saúde privados, por região – Brasil – 1980, 1987 e 1992

Região	Ano			Taxa geométrica de crescimento anual (%)	
	1980	1987	1992	1980/1987	1987/1992
Norte	236	438	705	8,0	8,3
Nordeste	1.751	2.756	4.289	5,8	7,6
Centro-Oeste	630	914	1.763	4,8	11,6
Sudeste	3.699	5.410	10.996	4,9	12,5
Sul	2.128	2.758	4.831	3,3	9,8
Brasil	8.444	12.276	22.584	4,8	10,7

Fonte: Machado (1997).

Tabela 12. Distribuição dos estabelecimentos de saúde com internação, por natureza jurídica e região – Brasil – 1992

Região	Público		Privado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	281	49,2	290	50,8	571	100,0
Nordeste	996	44,7	1.232	55,3	2.228	100,0
Centro-Oeste	173	21,4	634	78,6	807	100,0
Sudeste	460	18,1	2.087	81,9	2.547	100,0
Sul	204	16,0	1.073	84,0	1.277	100,0
Brasil	2.114	28,4	5.316	71,6	7.430	100,0

Fonte: Machado (1997).

Tabela 13. Distribuição dos estabelecimentos de saúde sem internação, por natureza jurídica e região – Brasil – 1992

Região	Público		Privado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	2.527	85,9	415	14,1	2.942	100,0
Nordeste	7.821	71,9	3.057	28,1	10.878	100,0
Centro-Oeste	1.392	55,2	1.129	44,8	2.521	100,0
Sudeste	8.261	48,1	8.909	51,9	17.170	100,0
Sul	4.977	56,9	3.758	43,1	8.735	100,0
Brasil	24.978	59,1	17.268	40,9	42.246	100,0

Fonte: Machado (1997).

Mesmo com a expansão da oferta de postos de trabalho médico nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, registrada ao longo dos anos 80, essa categoria profissional manteve sua concentração nas cidades do Sudeste e Sul, como mostra a tabela 14. Os dados ali

apresentados revelam que, de 1981 a 1987, o número de postos de trabalho para médicos na região Sudeste cresceu apenas 7%, enquanto o Norte e o Nordeste registraram crescimento da ordem de 55% e 48%, respectivamente. A ampliação das oportunidades de emprego médico nessas regiões mais carentes, associada à concentração desses profissionais no Sul e Sudeste, aprofundou ainda mais, nos anos seguintes, a distribuição desigual de médicos no país.

Tabela 14. Postos de trabalho médico em estabelecimentos de saúde, por região – Brasil – 1981 e 1987

Região	Ano		Variação (%)
	1981	1987	
Norte	3.541	5.485	55
Nordeste	27.030	40.054	48
Centro-Oeste	8.420	12.937	54
Sudeste	94.102	123.416	31
Sul	22.789	24.487	7
Brasil	155.882	206.379	32

Fonte: Dal Poz & Varella (1995).

Assim, comparando-se a distribuição regional desses profissionais no início dos anos 80 e começo da década de 90 (tabela 15), observa-se que a região Nordeste diminuiu sua participação na disponibilidade geral de médicos do país em cerca de três pontos percentuais, com a região Norte registrando crescimento de apenas 0,3%, enquanto a região Sudeste aumentou sua participação de 55% para 61,54%.

Tabela 15. Distribuição percentual de médicos, por região – Brasil – 1980 e 1993

Região	Ano	
	1980	1993
	Médicos (%)	Médicos (%)
Norte	2,6	2,91
Nordeste	19,2	16,17
Centro-Oeste	4,9	6,08
Sudeste	55,0	61,54
Sul	18,3	13,30
Brasil	101.793 (100%)	208.966 (100%)

Fonte: tabela elaborada a partir de Medici (1985) e Dal Poz & Varella (1995).

O aumento da oferta de postos de trabalho, em todas as regiões brasileiras, intensificou-se nos anos 90, com a ampliação do processo de descentralização da rede de serviços de saúde, que chega em 2002 a um total de 65.343 estabelecimentos em todo o país (tabela 16). Cerca de 55% deles estão localizados nas regiões Sudeste e Sul.

Tabela 16. Distribuição de estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa e região – Brasil – 2002

Região	Esfera administrativa								Total	
	Federal		Estadual		Municipal		Privada			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Norte	227	4,4	394	7,7	3.374	65,7	1.142	22,2	5.137	7,9
Nordeste	115	0,6	491	2,6	12.592	66,6	5.714	30,2	18.912	28,9
Centro-Oeste	114	2,2	180	3,5	2.382	46,5	2.449	47,8	5.125	7,8
Sudeste	113	0,5	436	1,7	11.572	47,4	12.291	50,4	24.412	37,4
Sul	83	0,7	99	0,8	6.175	52,6	5.400	45,9	11.757	18,0
Brasil	652	1,0	1.600	2,5	36.095	55,2	26.996	41,3	65.343	100,0

Fonte: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), IBGE, 2002.

A década de 90 chega ao fim com a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tendo se tornado residual (tabela 17), com os municípios gerindo 94% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 4%. Esse quadro reproduziu-se em todo o país, como revela a mesma tabela, sendo apenas levemente diferenciado na Região Norte, onde, em 2002, ainda se encontravam sob gestão estadual 10% dos estabelecimentos públicos de saúde, 6% com a esfera federal e 85% com a municipal.

Tabela 17. Distribuição percentual de estabelecimentos públicos de saúde, por esfera administrativa e região – Brasil – 1999

Região	Esfera administrativa						Total	
	Federal		Estadual		Municipal			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Norte	227	5,7	394	9,9	3.374	84,4	3.995	7,9
Nordeste	115	0,9	491	3,7	12.592	95,4	13.198	28,9
Centro-Oeste	114	4,3	180	6,7	2.382	89,0	2.676	7,8
Sudeste	113	0,9	436	3,6	11.572	95,5	12.121	37,4
Sul	83	1,3	99	1,6	6.175	97,1	6.357	18,0
Brasil	652	1,7	1.600	4,2	36.095	94,1	38.347	100,0

Fonte: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), IBGE, 2002.

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção, particularmente para os médicos. Assim, entre 1992 e 2002, houve, no país, um incremento da ordem de 46% no número de postos de trabalho médicos nos estabelecimentos públicos sem internação, chegando a 115% na Região Norte (tabela 18).

Tabela 18. Evolução do número de empregos médicos nos estabelecimentos públicos sem internação, por região – Brasil – 1992 a 2002

Região	Ano		Variação
	1992	2002	
Norte	2.264	4.880	115 %
Nordeste	13.510	21.549	59 %
Centro-Oeste	3.796	6.178	62 %
Sudeste	43.185	58.041	34 %
Sul	12.047	18.576	54 %
Brasil	74.802	109.224	46%

Fonte: Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), IBGE, 1992 e 2002.

Esse incremento dos postos de trabalho, nos anos 90, veio associado à intensificação da tendência de acúmulo de empregos ou atividades profissionais por parte dos médicos, já discutida no primeiro capítulo deste estudo. Tendência essa que também apresenta especificidades regionais, desfavoráveis às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Assim, já em 1995, como pode ser observado na tabela 19, essas regiões eram as que apresentavam os maiores percentuais de médicos exercendo quatro ou mais atividades profissionais (28,6%, 26,1% e 26,9%, respectivamente), gerando maior sobrecarga de trabalho para aqueles que atuam nessas regiões. No Norte e no Nordeste registravam-se os menores índices de profissionais com apenas uma atividade (15,2% e 15,6%, respectivamente).

Tabela 19. Distribuição percentual de médicos por número de atividades profissionais, por região – Brasil – 1995

Região	Nº de atividades			
	Uma	Duas	Três	Quatro ou mais
Norte	15,2	26,2	30,0	28,6
Nordeste	15,6	25,5	32,7	26,1
Centro-Oeste	19,7	25,2	28,2	26,9
Sudeste	17,4	30,3	29,2	23,1
Sul	18,8	22,7	32,8	25,7
Brasil	17,4	27,9	30,3	24,4

Fonte: tabela elaborada a partir de Machado (1997).

A crescente ampliação de unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), decorrente do processo de municipalização, e que surge como mais uma alternativa de oferta de serviços médicos e de mercado de trabalho, também apresenta especificidades regionais. Analisando as formas de contratação direta desses profissionais (via prefeituras) e indireta (por meio de entidades filantrópicas ou organizações do Terceiro Setor), Girardi & Carvalho (2003) revelam, em estudo amostral, que os maiores índices de contratos temporários e de prestação autônoma de serviços são registrados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com níveis superiores ao da média nacional (tabelas 20, 21 e 22). Por fim, ainda que se

considere que a precariedade das formas de contratação do PSF é verificada em todo o país, os índices comparativamente mais elevados encontrados nessas regiões podem ser apontados como fatores adicionais que desestimulam os médicos a atuar no PSF dessas áreas, prejudicando, conseqüentemente, a própria oferta de serviços médicos do Programa para a população que nelas reside. Cenário esse que vem se agregar ao conjunto de fatores que contribuem para a má distribuição de médicos no território nacional, como também é o caso da concentração da oferta de formação desses profissionais nas regiões mais favorecidas social e economicamente, analisada na seção seguinte.

Tabela 20. Distribuição percentual das formas de contratação direta de médicos via prefeituras, por região – Brasil – 2001

Região	Formas de contratação				
	Temporária /prestação de serviços	CLT	Estatutário	Servidor público não efetivo	Outros
Norte	83,3	3,7	11,1	1,9	0,0
Nordeste	88,2	3,0	4,2	2,1	2,5
Centro-Oeste	86,6	1,2	8,5	1,2	2,4
Sudeste	63,4	16,9	14,5	4,7	0,6
Sul	44,9	23,6	25,8	4,5	1,1
Brasil	74,8	9,4	11,2	3,0	1,5

Fonte: tabela elaborada a partir de Girardi & Carvalho, 2003.

Tabela 21. Distribuição percentual das formas de contratação de médicos via entidades filantrópicas, por região – Brasil – 2001

Região	Formas de contratação		
	Temporária /prestação de serviços	CLT	Outros
Norte	0,0	0,0	0,0
Nordeste	0,0	0,0	0,0
Centro-Oeste	0,0	0,0	0,0
Sudeste	20,8	66,7	8,4
Sul	30,8	61,5	7,7
Brasil	24,3	64,9	8,1

Fonte: tabela elaborada a partir de Girardi & Carvalho, 2003.

Tabela 22. Distribuição percentual das formas de contratação de médicos via organizações do Terceiro Setor, por região – Brasil – 2001

Região	Formas de contratação		
	Temporária /prestação de serviços	CLT	Outros
Norte	0,0	0,0	0,0
Nordeste	100,0	0,0	0,0
Centro-Oeste	0,0	100,0	0,0
Sudeste	15,8	68,4	15,8
Sul	38,1	57,1	4,8
Brasil	30,0	65,0	5,0

Fonte: tabela elaborada a partir de Girardi & Carvalho, 2003.

2.3. A concentração de escolas médicas

O grande número de escolas médicas criadas no Brasil nos anos 60 e 70 localizou-se preferencialmente nas regiões Sul e Sudeste, áreas de maior desenvolvimento econômico e social. Essa tendência se manteve nas décadas seguintes, fazendo com que das 112 escolas médicas existentes em 2003, 68% estejam localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Juntas, essas regiões são responsáveis por cerca de 70% das 10.631 vagas oferecidas anualmente no país (tabela 23). Do total de escolas localizadas na região Sudeste, 72% encontram-se nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Tabela 23. Distribuição de escolas médicas, por região – Brasil – 2003

Região	Escolas médicas		Vagas	
	nº	%	nº	%
Norte	9	8,0	732	6,9
Nordeste	17	15,2	1.600	15,0
Centro-Oeste	10	9,0	692	6,5
Sudeste	54	48,2	5.838	55,0
Sul	22	19,6	1.769	16,6
Brasil	112	100,0	10.631	100,0

Fonte: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

O gráfico 1 permite observar que, até 1996, o número de vagas nos cursos de Medicina manteve-se estável em todas as regiões brasileiras. No entanto, a partir de 1997, o Sudeste passou a registrar aumento da oferta de vagas (Pierantoni *et al.*, 2003). Este dado faz prever uma ampliação e agravamento da já histórica concentração e desigualdade da oferta de médicos no país. Pierantoni *et al.* (2003: 283) complementam:

No período entre 2000 e o primeiro trimestre de 2002, foram criadas mais 8 escolas médicas, com a seguinte distribuição regional: três na Centro-Oeste, duas na Norte, uma em cada uma das demais regiões (ABEM, 2002). Ainda assim, os dados referentes à oferta de vagas no país apontam, por um lado,

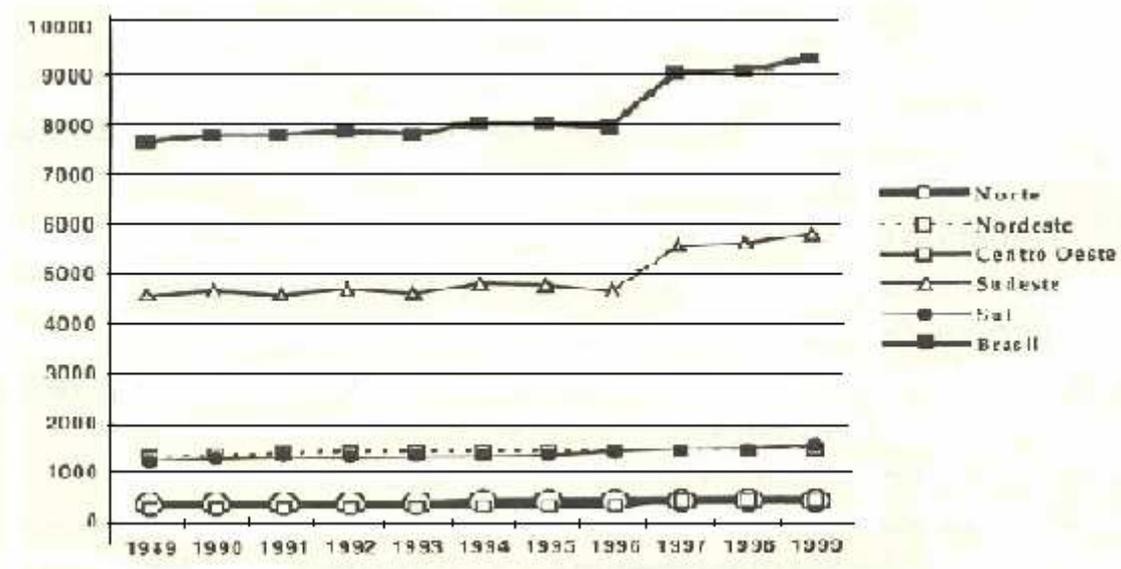
que o eixo sul/sudeste é responsável por aproximadamente 77% das vagas oferecidas no país e, por outro, que o aumento das vagas ofertadas no país foi determinado quase exclusivamente pela expansão de vagas no setor privado no Sudeste.

Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) - Relação das escolas médicas no Brasil, Boletim Informativo, vol. xxx, n. 3, maio/junho, 2002.

A maior parte dos estabelecimentos de ensino médico pertence à rede pública federal. Os estabelecimentos de ensino médico públicos predominam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. O setor privado, por sua vez, se concentra nas regiões Sudeste e Sul, particularmente nos municípios do interior, nos quais estão localizadas 74% das escolas privadas (Machado, 1997).

Mais da metade dos médicos graduados em faculdade públicas (51,8%) moram na região Sudeste, sendo que na região Nordeste residem apenas 20,6% e no Sul, 16,1% (Machado, 1997). A concentração de egressos no Sudeste é ainda mais alarmante no caso dos profissionais que se graduaram pela rede privada – fortemente concentrada nessa região – onde residem cerca de 75 % desses profissionais (Machado, 1997).

Gráfico 1. Evolução do número de vagas dos cursos de Medicina, por região Brasil – 1989 a 1999



Fonte: reproduzido de Pierantoni *et. al.* (2003).

O mesmo padrão de concentração dos cursos de medicina se repete com os programas de residência médica e seus egressos. A tabela 24 mostra que quase 80% desses programas localizam-se nas regiões Sudeste e Sul (Feuerwerker, 1998).

Tabela 24. Distribuição dos programas de residência médica, por região – Brasil – 1996

Região	Programas de residência médica	
	n°	%
Norte	22	1,1
Nordeste	258	12,7
Centro-Oeste	165	8,1
Sudeste	1.283	63,0
Sul	307	15,1
Brasil	2.035	100,0

Fonte: Feuerwerker (1998).

A origem social dos médicos tem se alterado e, conseqüentemente, também a dos médicos residentes. Se até os anos 50, esses profissionais eram oriundos, em sua maioria, de famílias abastadas e de origem rural, hoje, são mais urbanos e provenientes de uma camada social mais intelectualizada (Machado, 1997). Mais de um terço dos médicos residentes é filho de profissionais liberais, especialmente médicos (Machado, 1997). São profissionais oriundos da classe média urbana, com elevado nível educacional, que em sua quase totalidade (cerca de 80%) estão nas capitais (tabela 25) (Machado, 1997). Feuerwerker (2001: 51) lembra que "[...] o fato de o médico recém-formado fazer residência fora do seu local de origem é um importante fator de concentração dos médicos nos principais centros urbanos e especialmente na região Sudeste". Esta afirmação é confirmada pelo estudo de Machado (1997), que mostra que 60% dos médicos que migram para fazer residência médica não retornam ao seu local de origem.

Tabela 25. Distribuição de médicos e de residentes, por região – Brasil – 1995

Região	Residentes		Médicos	
	n°	%	n°	%
Norte	93	0,9	5.698	3,1
Nordeste	1.167	11,4	29.249	16,0
Centro-Oeste	814	7,9	12.432	6,8
Sudeste	6.851	66,9	107.565	58,8
Sul	1.318	12,9	28.108	15,4
Brasil - total	10.243	100,0	183.052	100,0
Brasil - capitais	8.170	79,8	120.662	65,9
Brasil - interior	2.073	20,2	62.390	34,1

Fonte: Machado (1997).

Bittar (1999), dentre outros autores (Arruda, 2001; Machado, 1997; Salim, 1992), mostra a correlação direta entre o PIB das regiões e estados e o respectivo número de vagas para residência médica, escolas de medicina e disponibilidade de médicos (tabela 26).

Em resumo, é possível dizer que a alta concentração de médicos nos centros urbanos e sua má distribuição pelo restante do território nacional estão diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas e regionais, conseqüências diretas, por sua vez, do baixo

investimento público e privado nas áreas mais carentes do país. Num círculo vicioso, tais fatores acarretam má qualidade de vida para a população dessas regiões e não proporcionam as condições adequadas para o exercício profissional da medicina, desestimulando a opção do profissional em atuar nessas áreas (Medici, 1985). Desestímulo que é também agravado pela precariedade das relações trabalhistas em muitos municípios dessas áreas e pela falta de centros de pós-graduação e de atualização profissional em localidades próximas.

Esse cenário acarreta grandes desafios para a política de saúde, particularmente no momento em que se tenta reformular e humanizar o modelo assistencial. Com o objetivo de examinar como outros países vêm lidando com esses problemas, vale a pena conhecer as estratégias e alternativas encontradas em contextos semelhantes ao nosso, tema do capítulo seguinte.

Tabela 26. Distribuição percentual da população, do PIB, das vagas para residência médica, das escolas de medicina e de médicos, por Unidade da Federação e região – Brasil – 1996

UF e Região	População (%)	PIB (%)	Médicos (%)	Médicos (por mil hab.)	Escolas médicas (%)	Vagas para residência (%)
Norte	7,20	4,81	3,35	0,71	4,71	1,30
Acre	0,31	0,20	0,11	0,53	0,00	0,00
Amapá	0,24	0,16	0,11	0,73	0,00	0,00
Amazonas	1,52	1,40	0,72	0,72	1,18	0,71
Pará	3,52	2,26	1,71	0,74	2,35	0,58
Rondônia	0,78	0,50	0,29	0,57	0,00	0,00
Roraima	0,16	0,11	0,10	0,92	1,18	0,00
Tocantins	0,67	0,19	0,31	0,71	0,00	0,00
Nordeste	28,54	14,06	16,26	0,87	15,29	13,48
Alagoas	1,68	0,77	1,18	1,06	2,35	0,37
Bahia	7,99	4,90	4,21	0,80	2,35	4,28
Ceará	4,34	1,82	2,20	0,77	1,18	2,40
Maranhão	3,33	1,15	1,00	0,46	1,18	0,55
Paraíba	2,11	0,78	1,44	1,04	2,35	0,78
Pernambuco	4,72	2,54	3,74	1,20	2,35	3,81
Piauí	1,71	0,48	0,70	0,62	1,18	0,50
Rio Grande do Norte	1,63	0,96	1,17	1,10	1,18	0,60
Sergipe	1,03	0,66	0,64	0,94	1,18	0,19
Centro-Oeste	6,68	7,04	6,40	1,46	4,71	7,76
Distrito Federal	1,16	2,51	2,41	3,16	1,18	5,01
Goiás	2,87	2,20	2,26	1,20	1,18	1,30
Mato Grosso	1,42	1,09	0,80	0,86	1,18	0,26
Mato Grosso do Sul	1,23	1,24	0,93	1,15	1,18	1,20
Sudeste	42,61	56,59	59,43	2,12	55,29	61,87
Espírito Santo	1,78	1,67	1,80	1,54	2,35	0,89
Minas Gerais	10,63	9,32	9,90	1,42	11,76	10,40
Rio de Janeiro	8,49	12,09	18,08	3,24	17,65	12,93
São Paulo	21,72	33,01	29,65	2,08	23,53	37,64
Sul	14,97	17,49	14,56	1,48	20,00	15,59
Paraná	5,73	6,67	4,86	1,29	5,88	4,05
Rio Grande do Sul	6,14	7,40	7,28	1,80	11,76	9,85
Santa Catarina	3,10	3,43	2,42	1,18	2,35	1,69
Brasil	100,00	100,00	100,00	1,52	100,00	100,00

Fonte: Bittar (1999).

3. O ENFRENTAMENTO DA MÁ DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS EM OUTROS PAÍSES

O problema da má distribuição de médicos em diversos países do mundo vem sendo mais sistematicamente analisado a partir da década de 60. Dados da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) mostram que os países da América do Sul e América Central, já então, apresentavam apenas cerca de um terço da disponibilidade de médicos existente no continente norte-americano (tabela 27), estando também abaixo da média mundial, que era em 1970, de 7,9 médicos por dez mil habitantes (OPAS, 1975). Além disso, no período 1960 a 1972, já era preocupante a crescente e ininterrupta concentração desses profissionais nos grandes centros urbanos, na região das Américas (OPAS, 1975).

Tabela 27. Número de médicos por 10.000 habitantes, nas Américas - 1960 a 1972

Região	Ano			
	1960	1964	1968	1972
América do Norte	14,8	15,1	15,2	15,5
América Central	4,9	5,0	5,2	6,1
América do Sul	5,6	6,0	6,9	7,4

Fonte: OPAS (1975).

Para Navarro (1983), as causas desse cenário devem ser buscadas nos próprios fatores que determinam o subdesenvolvimento desses países e regiões, ou seja, em suas estruturas políticas, sociais e econômicas, que geram uma distribuição desigual de recursos dentro e fora do setor saúde. Daí a importância de que estratégias para minimizar o problema estejam inseridas não apenas na política de saúde, mas nos planos de desenvolvimento econômico de cada país (Nogueira & Brito, 1986).

Embora no período 1960-1975 tenha havido um grande incremento no número de médicos em quase todos os países do mundo, superior inclusive ao aumento das respectivas populações (Nogueira & Brito, 1986), sua alocação geográfica foi se dando de forma desordenada em muitos deles, particularmente nos que apresentam maiores disparidades socioeconômicas internas. Discrepâncias na distribuição de renda e no processo de industrialização privilegiaram determinadas cidades e regiões, quadro esse agravado nos países de maior extensão territorial ou com áreas de difícil acesso, como por exemplo, a Austrália (Nogueira & Brito, 1986).

Cada país foi encontrando suas próprias estratégias para enfrentar o problema. Este capítulo apresenta um breve resumo das alternativas encontradas por alguns países que, como o Brasil, estão inseridos na realidade latino-americana; e também a experiência australiana,

escolhida por ser um país, que assim como o nosso, possui vasta extensão territorial, com áreas de difícil acesso.

3.1. A experiência latino-americana

As experiências de incentivo à interiorização de profissionais de saúde, na América Latina, têm sua origem no programa de serviço social obrigatório para recém-formados em Medicina, criado no México, em 1936. O programa foi replicado em muitos países latino-americanos, contando com a colaboração da OPAS e da Federação Panamericana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM) (Herrera & Corral, 1995), assumindo contornos próprios e específicos em cada local.

Em que pese as especificidades, tais experiências têm procurado atender a dois objetivos básicos: (1) proporcionar assistência sanitária às populações de baixa renda e com acesso precário ao sistema de saúde; e (2) ampliar a capacitação profissional para o trabalho comunitário em saúde.

Os diferentes formatos e estratégias adotados para dar conta do caráter simultaneamente educativo e assistencial, inerente a esses programas, têm se pautado pelo reconhecimento universal do direito à saúde. Os esforços para aumentar a cobertura assistencial, com ênfase na atenção primária e na promoção da saúde, encontram-se aliados à busca de maior eficiência e eficácia, mediante estratégias que sejam economicamente viáveis.

Entretanto, apesar de seu grande potencial, esses programas têm enfrentado dificuldades operacionais, seja em relação à capacidade de financiamento dos países da região, seja na obtenção de apoio e comprometimento por parte das universidades e do próprio serviço de saúde. Daí a importância de analisar essas experiências, revisar suas estratégias, identificar seus pontos fortes e fracos e discutir alternativas de intervenção (Ferreira, 1995), o que por si só já justificaria outro estudo.

Em 1993, a OPAS, a Fundación Josiah Macy Jr. e a Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina realizaram, em Washington, a conferência "Servicio Social y Comunitario en el Entrenamiento Médico y la Práctica Profesional", na qual os países latino-americanos descreveram seus programas de serviço social médico em saúde. Em 1997, o "Taller Regional El Servicio Social de Medicina en América Latina - Situación Actual y Perspectivas", também promovido pela OPAS e novamente realizado em Washington, permitiu que esses relatos fossem atualizados. Os dados e experiências aqui apresentados têm como principal fonte esses dois eventos, cujos

resultados podem ser encontrados na íntegra, respectivamente, em Herrera & Corral (1995) e OPAS/OMS (1998).

Além dessas duas fontes, a participação do autor deste estudo na Reunião Regional da Rede Observatório de Recursos Humanos, na condição de coordenador do Observatório de RH do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), permitiu obter dados ainda mais recentes junto aos próprios representantes de alguns países, em depoimentos pessoais⁵. A Reunião foi realizada em Buenos Aires, em novembro de 2003.

3.1.1. Argentina

A Argentina conta com ampla oferta de médicos (1/350 hab.), o que funciona como uma das razões para que nunca tenha implantado o serviço médico social obrigatório, como outros países latino-americanos. Não há dificuldades de contratação desses profissionais, mesmo para áreas rurais. Entretanto, a partir da década de 70, começou a desenvolver-se uma política específica para a região da Patagônia, com o objetivo de reverter a grave situação sanitária local, típica de áreas subdesenvolvidas, que registrava coeficiente de mortalidade infantil de 108 por mil nascidos vivos (atualmente, a taxa é de 17/1.000). Na ocasião, os serviços de saúde eram insuficientes, com ênfase na medicina curativa e baixa cobertura.

As ações foram iniciadas pela província de Neuquén, que incorporou a atenção à saúde ao Plano de Desenvolvimento Provincial. Com recursos financeiros garantidos pelo Plano, foi possível formar equipes profissionais; organizar a rede de serviços segundo níveis de complexidade; estabelecer o regime de dedicação exclusiva para 75% dos profissionais de saúde do setor público; capacitar médicos recém-formados para prestar atenção primária; implantar programa de treinamento para auxiliares de enfermagem e agentes de saúde.

Como parte das ações do Plano, foi criada em Neuquén, a primeira residência médica em Medicina Geral do país, embora a faculdade de Medicina mais próxima ficasse a mais de mil quilômetros. O objetivo era preparar os médicos para atuar em serviços rurais de baixa complexidade. A grade curricular inclui saúde pública e administração e os residentes recebem uma remuneração atrativa. Muitos deles, após a conclusão do curso, ingressam automaticamente no sistema provincial de saúde, atuando nas áreas rurais.

Todos os médicos rurais são generalistas. A Medicina Geral consolidou-se como especialidade no país, tendo alto reconhecimento e prestígio, já que o Estado oferece a esses

⁵ Depoimentos de Patricia Guitelman (Diretora de Recursos Humanos do Ministério da Saúde da Argentina); Diana Cárdenas (Diretora Geral de Recursos Humanos do Ministério da Proteção Social da Colômbia); Edmundo Granda (Diretor de Recursos Humanos da OPAS/Equador); Miguel Romero Teller (Direção Geral de Qualidade e Educação, do México) e Pedro Díaz Ortigas (Subchefe Institucional do Instituto de Desenvolvimento de Recursos Humanos, do Peru).

especialistas uma carreira dentro do sistema de saúde e o setor privado, cada vez mais, vem ampliando a oferta de vagas.

3.1.2. Chile

O país conta com uma relação de 1 médico para cada 900 habitantes e a cobertura das áreas rurais foi alcançada por meio da criação, no Sistema Nacional de Saúde, na década de 70, de uma carreira específica para médicos que queiram atuar nessas áreas, denominada Médico Geral de Zona (MGZ). Mas para habilitar-se ao cargo, é necessário cumprir um internato de dois anos durante a graduação, que inclui um internato rural de um mês. O estudante presta atendimento por um período mínimo de dois anos e máximo de seis, em áreas definidas pelo Ministério da Saúde. Só então pode postular uma bolsa de especialização, mediante concurso em que são pontuadas as ações executadas durante o internato, dentre outros itens. Concluída a especialização, os profissionais contam com o compromisso de trabalhar como especialistas em hospitais do Ministério, localizados nessas áreas.

Apesar de seu grande potencial para resolver as necessidades de médicos nas zonas rurais, essa estratégia viu-se comprometida quando, em 1980, o governo militar descentralizou o Sistema Nacional de Saúde e transferiu para os municípios a responsabilidade pela atenção básica em saúde. Com isso, os MGZ tornaram-se funcionários municipais, sendo desvinculados da estrutura hospitalar do Ministério, que lhes garantia educação continuada. O cargo tornou-se menos atrativo, implicando em vagas não preenchidas ou ocupadas de forma temporária, sendo abandonados com frequência por outras oportunidades de trabalho.

Para resolver o problema, foi submetida ao parlamento proposta de criação de um novo regime administrativo para os profissionais de saúde municipais que garanta a educação de pós-graduação e uma carreira em atenção básica.

3.1.3. Colômbia

Na Colômbia, o serviço social obrigatório ou "ano rural", realizado após a graduação, é requisito para a obtenção do registro profissional.

A estratégia colombiana é pautada pela forte vinculação entre a universidade e os serviços de saúde. Implantado pela Universidade do Valle, em Cali, o programa funciona em estreita colaboração com o governo municipal. Desde o primeiro semestre e durante todo o curso, o aluno envolve-se com os serviços de saúde e exerce atividades comunitárias. O programa é descentralizado; quem administra a vaga é o hospital do governo local.

O número de vagas urbanas tem aumentado bastante, em função das necessidades das áreas de maior violência, que apresentam dificuldade de atrair profissionais. Alguns escolhem, propositalmente, áreas de conflito ou isoladas porque, neste caso, o período de serviço obrigatório é mais curto. Além disso, os que prestam o serviço social nessas áreas recebem incentivos adicionais, como créditos educativos ou para especialidades médicas e o próprio valor de remuneração pode chegar a 1.000 dólares.

A Universidade apóia os serviços de saúde capacitando profissionais, elaborando e avaliando projetos-piloto, além de outras atividades, que contribuem para manter a forte vinculação entre a academia e os serviços.

Em geral, os estudantes consideram o serviço social como uma oportunidade de aprendizagem. A oferta supera a demanda. Para muitos, é difícil encontrar uma vaga. Há aqueles que demoram muito tempo buscando uma vaga, porque não estão dispostos a ir para zonas violentas. Ultimamente, foram criadas vagas para o serviço social em pesquisa, principalmente em genética.

O serviço social acaba sendo uma extensão lógica de um processo mais amplo, que incluiu, na década de 70, uma reforma acadêmica e curricular, orientada para um modelo de medicina comunitária. Pautada pela compreensão de que o papel da universidade não se limita à formação de profissionais, mas estende-se também à melhoria das condições de saúde da população, a experiência colombiana inclui, ainda, instituições de diversos setores. Além dos serviços de saúde, abrange setores da economia, habitação e trabalho, organizações não-governamentais, fundações, empresas e instituições filantrópicas.

3.1.4. Costa Rica

Cerca de metade da população da Costa Rica vive na área rural. Foi para atender a esta população que o governo criou, em 1948, o serviço médico social obrigatório, destinado a recém-formados. Os profissionais prestam o serviço durante um ano, em centros de saúde, clínicas e hospitais, na zona rural ou em áreas urbanas carentes. Durante a graduação, há uma preparação que inclui seminários sobre a realidade nacional e cursos de medicina comunitária, além de 300 horas de práticas comunitárias.

A seleção para o serviço médico social se dá por meio de sorteio semestral. Os sistemas locais de saúde (SILOS) estimulam os profissionais a permanecerem na região, oferecendo moradia, equipe, supervisão e apoio administrativo.

3.1.5. Equador

Criado em 1972, o serviço rural obrigatório, no Equador, é extensivo aos médicos, enfermeiros, odontólogos e obstetras. Ao terminarem o internato e conseqüentemente, o curso, esses profissionais vão para uma localidade rural designada pelo governo e só estão autorizados a exercer livremente a profissão após o cumprimento do serviço rural.

A prioridade para escolha do local é das mulheres casadas e com filhos; seguindo-se as casadas sem filhos; os homens com filhos; os homens casados e sem filhos; e, por último, os solteiros, os quais terminam indo para os locais mais distantes.

O programa encontra-se em crise, devido a vários fatores, inclusive o baixo salário. Por não serem mais estudantes, a remuneração é feita sob a forma de salário, mas o valor é muito baixo, ficando entre 250 a 300 dólares mensais.

Há falta de recursos e de continuidade política. A ampliação da rede de média e alta complexidade vem se dando em detrimento da atenção básica. O próprio serviço rural reproduz a lógica curativa-assistencial, privilegiando-a em relação à medicina preventiva.

O serviço rural não conta com qualquer apoio por parte das universidades, ou seja, os profissionais recém-formados não contam com nenhuma atividade de educação permanente, nem participam de nenhuma outra ação educativa durante o período em que cumprem o serviço obrigatório.

Os profissionais acabam ficando poucos dias nas comunidades distantes e marginalizadas, seja pela interferência de contatos políticos que os levam de volta para os grandes centros, seja pela carência de médicos por todo o país. Essa carência se verifica porque há muita emigração de médicos e profissionais de saúde no Equador, que vão para países como Chile, Brasil, Venezuela e até para o continente europeu. Muitos hospitais não têm médicos e enfermeiros, com isso os profissionais que abandonam o serviço rural são muito bem recebidos pelos diretores dessas unidades e pelos governantes das províncias.

O Equador está discutindo a extinção do serviço rural obrigatório, com a intenção de criar um modelo de atenção à família, similar ao do Brasil. Pretende-se que não seja unicamente um serviço rural, mas um programa conjunto entre universidades e serviços de saúde, com a formação de profissionais, diplomando-os em saúde familiar e dando-lhes a possibilidade de ao se manterem por mais tempo na localidade poderem fazer um mestrado em saúde da família.

Um avanço nesse sentido foi a criação, em 1988, do Plano de Saúde Integral Comunitária. Desde sua criação, vêm sendo implantadas medidas para promover um modelo

de atenção básica, centrado na família e na comunidade, em especial na zona rural e nas áreas urbanas pobres, que tem suplantado a lógica e a atuação do próprio serviço obrigatório.

Atualmente, o sistema local de saúde baseia-se no trabalho em equipe e na participação comunitária. As equipes trabalham em áreas geográficas definidas, que são mapeadas e têm seu perfil epidemiológico atualizado com a ajuda da comunidade, subsidiando o plano de saúde local, que integra aspectos médicos, sanitários e sociais.

3.1.6. México

O México é o país latino-americano com mais longa experiência em serviço social para médicos, iniciada em 1936. De caráter obrigatório, o programa então criado estabeleceu como requisito para obtenção do título profissional a atuação por cinco meses em comunidades desprovidas de atenção médica. Pouco a pouco, o programa deixou de ser requisito e evoluiu para tornar-se parte integrante do plano de estudos da graduação.

Em 1957, o período de inserção no programa passou para 12 meses, cumprido de forma ininterrupta, tornando-se obrigatória a moradia na própria localidade de atuação. O estudante presta seu serviço em unidades de atenção básica em saúde, majoritariamente em áreas rurais. A participação no serviço social é remunerada por meio de uma bolsa de valor módico.

Considerado, desde o início, como uma etapa tanto de capacitação quanto de atendimento à comunidade, o programa contempla aspectos docentes e assistenciais, definidos em conjunto pelas instituições de ensino e de saúde. Cabe às universidades o planejamento, coordenação e avaliação do conteúdo acadêmico do programa, bem como a supervisão e tutoria dos bolsistas. Já as instituições locais de saúde são responsáveis pela elaboração dos programas operativo-assistenciais e pelo financiamento das bolsas. Os aspectos normativos e a alocação dos estudantes são de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Em 1983, foi criada a Comissão Interinstitucional para Formação de Recursos Humanos em Saúde, integrada pelas universidades e serviços de saúde, que formula as bases que regem o serviço social.

As escolas de Medicina, no México, são em sua maioria públicas e formam cerca de 10.000 médicos por ano. Entendendo que já havia muitos médicos, porém mal distribuídos, o governo adotou, nos últimos sete anos, uma política de regulação do sistema público de formação para regular a matrícula e a abertura de novas escolas de Medicina. Isso abriu o mercado privado, que criou novas escolas.

Mas mesmo os alunos das escolas privadas realizam sua etapa de formação dos ciclos básicos, predominantemente, em unidades públicas (laboratórios, hospitais, unidades de atenção básica, etc).

Há escolas, tanto públicas quanto privadas, que estabelecem que o aluno, desde o primeiro ano, deve ter alguma passagem por unidades do primeiro nível de atenção à saúde. No entanto, essa passagem é cumprida em unidades localizadas nas grandes cidades, porque é onde há escolas médicas.

Depois do quinto ano de estudo (no sexto ano, em algumas escolas), é realizado o "internato de pré-grau", em hospitais. Mas todas as escolas, desde a implantação da política e estratégia de atenção primária à saúde, exigem uma passagem de dois meses, no ano do internato, por uma unidade primária.

Depois do internato, vem o serviço social, realizado em unidades rurais ou em centros de pesquisa ou extensão universitária. No caso desses dois últimos, a intenção é que o novo médico seja formado como docente para, no futuro, trabalhar em alguma escola.

A legislação da Saúde determina que todos os estagiários de profissões da saúde devem prestar serviço social em unidades de prática do primeiro nível de atenção, prioritariamente em áreas de menor desenvolvimento econômico e social. Essa determinação cobre 97 profissões, sendo 50 técnicas e 47 licenciaturas. Se o aluno não cumpre o serviço social não pode se graduar; pode retardar o recebimento do diploma, mas não pode recebê-lo.

Um dos problemas do serviço social é o baixo valor da bolsa oferecida, que há oito anos não é reajustado. São três tipos de bolsa, dependendo da distância do local onde o estagiário presta o serviço. Para quem está no meio rural, o valor é de 110 dólares mensais e para os que ficam nos centros urbanos é de apenas 20 dólares por mês. Todos recebem uma ajuda semestral ou trimestral e ao término do serviço social ganham uma gratificação.

Os estudantes que possuem as melhores médias escolhem primeiro para onde querem ir e os que têm médias baixas vão para os lugares que sobraram. *"[...] Isso faz com que os lugares mais distantes e rurais recebam os alunos de média mais baixa, em geral piores estudantes, que serão piores médicos. Então, as pessoas com melhor renda e que vivem nas cidades são atendidas por médicos de mais capacidade."*⁶

Se um aluno prefere não ir para determinada localidade e esperar o ano seguinte, é contratado um médico para cobrir este lugar, de forma que a comunidade não fique sem

⁶ Depoimento de Miguel Romero Teller (Direção Geral de Qualidade e Educação).

assistência, mas esse profissional recebe apenas 350 dólares mensais. Esse mesmo médico num centro de saúde urbano ganha 700 dólares por mês, ou seja, o dobro.

Em 2003, havia 7.480 médicos estagiários nas unidades ligadas às secretarias de saúde e 1.974 naquelas mantidas pela Previdência Social. Isso totaliza cerca de 10.000 médicos estagiários, o que corresponde, aproximadamente, ao número anual de egressos das escolas de Medicina mexicanas, como já referido.

No mesmo ano, havia 6.540 estagiários de Enfermagem cumprindo o programa de serviço social e cerca de 6.000 de Odontologia. Considerando-se todas as profissões envolvidas, havia 23.000 alunos prestando serviço social em unidades do primeiro nível de atenção; 12.538 em unidades ou centros de saúde com menos de 4 consultórios ou equipes básicas; e 2.000 em zonas urbanas. Nos centros de saúde rurais de 1 ou 2 consultórios, a cobertura com médicos estagiários do serviço social chega a 90%.

O atendimento nas zonas rurais e indígenas (10% da população mexicana é indígena e vive em áreas de difícil acesso) é feito também com unidades móveis. Há uma equipe com um médico, um enfermeiro e um promotor de saúde, que se desloca no consultório móvel aos núcleos de população mais isolados e com menor densidade demográfica. Mas o principal sistema para atenção primária destinado ao atendimento a esses grupos da população é formado por 3.500 unidades médicas rurais, com uma rede de hospitais próximos.

Embora o sistema de saúde no México não esteja descentralizado para os municípios, mas somente nos estados, há municípios – principalmente quando o presidente municipal é médico – que desenvolvem sistemas municipais de saúde, geralmente com orientação para a atenção básica.

Também começam a surgir organizações não-governamentais – essencialmente, organizações de mulheres – que atuam junto a centros de saúde e que impulsionam, de maneira informal, mas efetiva, a atenção primária. Nesses casos, os recursos humanos alocados para dar essa atenção são médicos generalistas e predominantemente estagiários em serviço social, ou seja, médicos que estão prestando seu serviço social.

Há, ainda, a participação de técnicos, promotores e auxiliares de saúde, todos oriundos das próprias comunidades.

3.1.7. Peru

Foi com a Lei de Reforma da Educação, em 1972, que o Ministério da Saúde do Peru tentou introduzir o serviço médico obrigatório. Na ocasião, houve forte resistência por parte dos estudantes universitários da elite social, que protestaram contra a baixa remuneração, o

aumento na duração do curso e o fato de terem que trabalhar com população de baixa renda, levando as universidades a se negarem a implantar o programa.

Somente em 1981, um novo decreto-lei criou o Serviço Rural e Urbano Marginal (SERUM) para médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. A participação é obrigatória e deve ser iniciada logo após a conclusão do curso universitário. A participação no SERUM tem a duração de um ano e é requisito para pleitear bolsa de pós-graduação e para trabalhar no Seguro Social ou no Ministério da Saúde.

Com a implantação do serviço obrigatório, as universidades desenvolveram programas para capacitar os egressos a atuarem nas comunidades. Foi criado o internato rotativo, cobrindo populações isoladas, tanto na serra como na selva peruanas. Com isso, o serviço social passou a funcionar como um complemento do processo educativo e uma estratégia para ampliar a cobertura dos serviços de saúde.

Ainda assim, o programa enfrenta problemas com relação à qualidade do atendimento prestado, decorrente da não adequação entre o perfil de competências do médico recém-formado e as necessidades e perfil epidemiológico das áreas atendidas, afetando a capacidade resolutive.

Mas o principal problema do SERUM, hoje, é o financiamento. Do total de 5.000 vagas para a totalidade das profissões de saúde cobertas pelo programa, só 50% são remuneradas, com valor em torno de 700 dólares. Os demais profissionais têm sua participação reduzida para seis meses, porque trabalham sem nenhuma remuneração. Com isso, vem aumentando a pressão para que o serviço seja extinto, sob a argumentação de que viola os direitos constitucionais, segundo os quais o trabalho implica uma remuneração. Atualmente, há cerca de 800 médicos cumprindo um ano de serviço no SERUM.

De qualquer forma, há o reconhecimento de que o SERUM trouxe efeitos muito positivos nas comunidades e locais de extrema pobreza onde foi implantado.

Atualmente, há uma política do governo peruano de fortalecimento do primeiro nível de atenção à saúde, com a estratégia de criar um serviço de medicina em saúde comunitária baseado em profissionais especialistas em medicina geral integrada. Para a formação desses profissionais, há a intenção de buscar apoio na experiência e expertise de países como Brasil e Costa Rica, inclusive para a capacitação de agentes comunitários de saúde.

Este serviço terá como propósito mais do que a ampliação de cobertura, a melhoria da qualidade da atenção básica em saúde, por meio do trabalho dos especialistas. Espera-se que ele possa ser uma alternativa ao SERUM.

3.1.8. República Dominicana

Desde os anos 70, a grade curricular dos cursos de Medicina do país contempla conteúdos de sociologia médica, antropologia social, metodologia de pesquisa, dentre outros, voltados para o fortalecimento da área de saúde pública. Já a partir do primeiro ano, os alunos trabalham nos bairros periféricos e áreas rurais e desenvolvem projetos de investigação em saúde pública e saúde mental comunitária. Supervisionados pelos docentes, cumprem um internato rotatório em unidades de saúde rurais ou de bairro, com atividades que incluem organizar seminários sobre saneamento ambiental, doenças sexualmente transmissíveis, imunização e planejamento familiar. Também devem impulsionar a formação de comitês de saúde locais, destinados a fomentar a saúde, a educação, o esporte e a cultura.

Após a obtenção do título, o médico recém-formado deve cumprir um ano de serviço em uma unidade de saúde rural ou de bairro pobre, como requisito para obter licença para exercer a profissão.

As universidades mantêm sua colaboração com o programa, organizando atividades de educação continuada, oferecidas ao longo do período de atuação do profissional.

3.2. A experiência australiana

O sistema de saúde australiano funciona nos moldes de um seguro nacional de saúde, num *mix* de assistência privada e pública. A população que mora nas áreas rurais e remotas tem condições de vida e saúde inferiores às daquela que habita nos grandes centros urbanos (Cameron, 2002). Desde os anos 80, o governo vem tentando implementar estratégias que minimizem a má distribuição de médicos entre as duas áreas (Cameron, 2002).

A partir de estudos que mostram que os estudantes de Medicina de origem rural têm interesse em voltar para sua região de origem depois de formados, foram implementadas ações de motivação e estímulo para que alunos do ensino médio dessas áreas sintam-se incentivados a se graduar em Medicina. De forma complementar, foram facilitados os mecanismos de ingresso nas escolas médicas para esses alunos e incrementada a concessão de bolsas de estudo.

Foram também criadas Escolas Clínicas Rurais, onde os estudantes das áreas urbanas desenvolvem atividades de treinamento em serviço. Há, ainda, os Clubes de Saúde Rurais, que funcionam nas universidades, sendo destinados aos alunos que possuam interesse em atuar posteriormente como profissionais nas áreas rurais e mais remotas. Os Clubes têm por

objetivo proporcionar uma base social e de atividades profissionais para esses estudantes e o apoio mútuo.

Com o objetivo de fortalecer a integração ensino-serviço, foram desenvolvidas estratégias para dar continuidade às atividades rurais e às áreas mais remotas nos primeiros anos após a graduação. Assim, para todos os que se formam em Clínica Geral é obrigatória a atuação por seis meses nessas áreas, tendo sido criado, inclusive, o Colégio Australiano de Medicina Rural e Remota.

O governo e alguns estados australianos têm fundado organizações não-governamentais, conhecidas como Agências de Força de Trabalho Rural, para incrementar o recrutamento de médicos rurais e estimular sua permanência nessas localidades. A principal estratégia adotada é a garantia de educação continuada, aliada a gratificações financeiras, sistema de referência e contra-referência, manutenção de uma rede de comunicação e de troca permanente de experiências entre esses profissionais e mediação em caso de atritos entre colegas ou com as autoridades locais. Além disso, reconhecendo a importância da influência e satisfação da família para que os médicos se fixem nessas localidades, foram implementadas estratégias de apoio às suas famílias, incluindo a criação da Rede de Famílias de Médicos Rurais, que proporciona suporte para as possíveis dificuldades de adaptação.

Nos cerca de vinte anos em que a Austrália vem implementando esse conjunto de estratégias, a experiência tem sido considerada como bem sucedida (Cameron, 2002).

4. A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA E SUAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo são descritas as intervenções que o Brasil adotou para fazer frente ao problema da má distribuição de médicos e outros profissionais no território nacional. A descrição dessas experiências tem caráter ilustrativo, com a finalidade de conhecer que tipo de estratégias já foram tentadas em nosso país. Essas intervenções, iniciadas na década de 60, foram estruturadas sob a forma de programas governamentais. Foram quatro os programas governamentais que incluíram a interiorização de profissionais dentre suas metas: o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)⁷.

Antes, porém, de apresentar essas experiências, é fundamental contextualizar como o problema da má distribuição foi sendo tratado no debate político e acadêmico, a fim de compreender os referenciais que nortearam a atuação governamental frente ao problema e à criação desses programas, como estratégias de intervenção.

As intervenções governamentais podem ser entendidas como "[...] *un cambio social, política o administrativamente planificado, preferentemente de medidas políticas y programas públicos* [...]" (Vedung, 1997: 21). Tais intervenções são fruto, portanto, de um processo de formulação de políticas, que se inicia com a definição da agenda. Como os recursos públicos são escassos para atender a todas as necessidades, eles são alocados segundo princípios muito variados. Mas, em geral, é possível afirmar que a primeira decisão refere-se a como alocá-los entre os diferentes âmbitos da ação pública; em seguida, entre setores sociais (como saúde, educação e outros); e finalmente, entre programas de uma determinada área (Cohen & Franco, 2004). Assim:

[...] a política social global prioriza setores e estabelece a integração que manterão entre si, em um determinado marco teórico, histórico e espacial. Quando esta priorização é plasmada em um modelo que relaciona meios e fins, concatenando-os temporalmente, se obtêm planos. Se todos os setores sociais são articulados, o resultado é um plano social global; e se se localiza em um setor, um plano setorial.

As políticas setoriais, por sua vez, não podem enfrentar ao mesmo tempo e com igual intensidade todas as áreas problemáticas, já que isto supera a capacidade de ação de qualquer governo. Por isso, se selecionam problemas

⁷ Com o entendimento de que a análise desses programas exigiria um estudo aprofundado sobre o processo de formulação e implantação de cada um, o que foge aos propósitos desta investigação, optou-se por apenas identificá-los e apresentá-los, deixando-se para analisar em maior profundidade somente a mais recente dessas intervenções: o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que é descrito neste capítulo e analisado no capítulo seguinte, como estudo de caso. A importância dessas experiências, como lições para o enfrentamento da má distribuição de médicos no país, será explorada no capítulo seis, onde é sistematizada a contribuição teórica oferecida por este estudo.

estabelecendo áreas de concentração para cuja atenção se elaboram programas que, por sua vez, derivam em projetos. (Cohen & Franco, 2004: 85)

Planos, programas e projetos compõem, portanto, o conjunto de estratégias da atuação governamental e expressam as políticas adotadas pelo Estado para fazer frente às necessidades sociais. Os três são assim definidos por Cohen & Franco (2004: 86):

Um *projeto* é um empreendimento planejado que consiste num conjunto de atividades inter-relacionadas e coordenadas para alcançar objetivos específicos [...].

Um *programa* é um conjunto de projetos que perseguem os mesmos objetivos. Estabelece as prioridades de intervenção, identifica e ordena os projetos, define o âmbito institucional e aloca os recursos a serem utilizados. [...]

Um *plano* é a soma de programas que procuram objetivos comuns, ordena os objetivos gerais e os desagrega em objetivos específicos, que constituirão por sua vez os objetivos gerais dos programas. Determina o modelo de alocação de recursos resultantes da decisão política. [...]

[...] Mesmo quando o plano esteja ausente, sempre existirão os outros dois elos da cadeia [programas e projetos].

No campo de interesse deste estudo, não há dúvida de que o Estado é uma das principais – senão a principal – fontes normativas do trabalho médico, por seu papel de agente racionalizador e modernizador. O Estado não apenas incrementa o setor saúde, por meio da alocação de recursos, como orienta as definições básicas dos lugares destinados à assistência médica, das atividades que determinam o caráter do trabalho médico e dos marcos institucionais que regem a prestação dos serviços médicos.

No entanto:

Apesar de reiteradas manifestações sobre a importância da educação e da prática médica, não existem indícios de análises e propostas de intervenção consistentes a este respeito nas agendas da rss [reforma do setor saúde] dos países latino-americanos.

[...] muitas políticas de saúde concentram sua atenção no conteúdo da reforma e negligenciam sobre os sujeitos sociais, os processos e os contextos nos quais as reformas são desenvolvidas. Ou seja, a articulação entre os fatores expansivos da medicalização, da incorporação tecnológica, do aumento da força de trabalho e do profissionalismo médico são elementos importantes nos processos de rss, ainda mais sabendo-se que o setor saúde é utilizador intensivo de mão-de-obra profissional. (Almeida, 1997: 54-55).

A intervenção do Estado na prestação de atenção à saúde tem dois principais tipos de efeito no mercado de trabalho para o médico. Um é de ordem quantitativa e refere-se ao aumento ou diminuição da demanda por este profissional. O outro tem uma dimensão qualitativa e está ligado às modalidades de organização da atenção médica nos setores público e privado (Donnangelo, 1975).

Quanto maior seja o lugar que o Estado ocupa na prestação direta dos serviços de saúde, mais acentuados serão os efeitos; que vão desde a repercussão sobre os próprios paradigmas que regem a formação e a prática médica até a redução na autonomia profissional, ao transformar o médico em empregado assalariado.

A forma como o Estado brasileiro tem lidado com essas questões, no que se refere ao problema da má distribuição de médicos no país, têm oscilado entre intervenções ora focadas na extensão universitária, ora na oferta de incentivos e benefícios para os profissionais que se disponham a atuar nas áreas mais carentes e remotas do país. Nenhuma delas, no entanto, conseguiu efetivamente minimizar o problema, ao longo da trajetória de reformas e transformações da política de saúde em nosso país.

Essas mudanças na política de saúde foram geradas, como ressalta Pierantoni (2000):

[...] muito mais como produto das transformações sociais e das demandas geradas pela implementação de sucessivas políticas econômicas. A Saúde aparece como coadjuvante, com ações implementadas a partir de cada momento político, e não como processo que consolida uma rede e um sistema adequado para as necessidades de uma população desigualmente distribuída do ponto de vista geográfico, econômico e cultural. Mais ainda, essas desigualdades são agravadas pela acentuada diferença na construção e acesso a equipamentos sociais que possibilitem melhores condições de saúde [...]. (Pierantoni, 2000: 34-35).

Lidar com essas desigualdades tem sido, historicamente, um desafio para o país. No que se refere à falta de médicos nas áreas mais carentes, se considerarmos que o Ministério da Saúde foi criado em 1953, e que já chegamos ao século 21, percebemos que a disponibilidade de médicos nessas áreas se mantém como um problema atual para a política de saúde há mais de meio século. E tem raízes históricas, já analisadas no primeiro capítulo deste estudo.

Até o final da década de 50, a regulação do que talvez possa ser referido como mercado de trabalho quase que exclusivamente era executada através das instituições médicas: suas escolas, sociedades e órgãos complementares. Os Conselhos de Medicina não existiam, e o Estado conferia plena legitimidade aos órgãos de classe para regulamentar sua profissão. O Poder Público limitava sua atuação na saúde, sem exercer grande influência no mercado de trabalho médico; a demanda pública por profissionais voltados para as atividades sanitárias não interferiam no curso liberal da profissão.

A participação da classe médica na composição do Estado brasileiro era mais significativa em comparação aos dias atuais, e o papel de técnico, formulador de propostas e políticas de saúde, amparado no conhecimento científico que garantiria a eficácia de qualquer intervenção sobre a saúde, cabia ao médico exclusivamente. (Sayd *et. al.*, 1998: 170).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, foi a primeira a se debruçar mais detalhadamente sobre o problema da má distribuição de médicos no país. Em seu relatório final, o tema "O problema de pessoal" é iniciado com a seguinte pergunta: "Como

vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios?" (Ministério da Saúde, 1993b: 20).

À indagação segue-se o diagnóstico:

Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais da medicina nos grandes centros. O avanço da tecnologia médica, a especialização, a aparelhagem necessária à prática da medicina moderna, praticamente conduzem a que os médicos só desejem trabalhar em grandes centros, onde contam com todos os recursos e verdadeiras equipes. Além do mais, com o enriquecimento dos habitantes das metrópoles, amplia-se cada dia o mercado de trabalho dos médicos nas grandes concentrações demográficas, de forma que não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior. Por outro lado, como já foi afirmado anteriormente, é possível resolver de maneira satisfatória muitos dos problemas médico-sanitários que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menor qualificação com, é claro, supervisão médica.

[...] não é possível manter médicos em municípios que não têm condições econômicas satisfatórias.

Partindo destes fatos, é evidente que as organizações médico-sanitárias municipais não serão obrigatoriamente dirigidas por médicos. Os municípios que tenham condições para admitir médico(s) tanto melhor que o façam, entretanto, os que não o puderem, nem por isso deixarão de organizar os seus serviços próprios. (Ministério da Saúde, 1993b: 20).

Sayd et. al. (1998: 172) analisam essa forma do Relatório tratar o problema :

[...] a idéia de utilizar pessoal técnico no lugar de médicos não inclui perspectivas de equipe de saúde: trata-se mais de substituir, na medida do possível, o médico, ausente no interior. Esse profissional, a ser qualificado de forma inovadora, descentralizada, com responsabilidades antes restritas ao médico, é no entanto vaga: não tem nome no relatório da conferência [...].

A Conferência foi realizada no mesmo ano da Primeira Reunião de Ministros de Saúde das Américas, tendo sido debatidos nos dois eventos, no campo dos recursos humanos, os mesmos problemas: "*[...] carência e má distribuição de mão-de-obra, além da necessidade de traçar programas de capacitação, fixação e interiorização de profissionais de saúde nas regiões menos favorecidas. Este é o ponto de partida para as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil, um período de crescimento e busca de racionalidade no setor.*" (Sayd et. al., 1998: 171).

A Conferência seguinte, realizada quatro anos depois, em 1967, já em plena ditadura militar, foi convocada com a finalidade explícita de debater o tema, dada a premência de resolvê-lo, tendo por objetivo "*[...] oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal que o país carece para o desenvolvimento das suas atividades de saúde.*" (Ministério da Saúde, 1967).

Nessa 4ª Conferência, foi reafirmada a proposta de utilizar pessoal auxiliar para substituir os médicos nas localidades onde não estivessem disponíveis: *"Esta perspectiva aconselha o emprego de pessoal auxiliar para substituir, em parte, os profissionais [...]. Outra razão aconselha o emprego de pessoal auxiliar: a resistência dos profissionais a trabalhar em zonas rurais, sem comodidade, e atrativos."* (Ministério da Saúde, 1967: 130).

Na ocasião, o meio acadêmico ressaltava a necessidade de que o Ministério da Saúde investisse na produção de dados sobre os recursos humanos em saúde, como forma de obter subsídios mais consistentes para a formulação de políticas que orientassem as relações entre a oferta e a demanda desses profissionais, tanto qualitativa quanto quantitativamente. Na própria Conferência, o então reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Raymundo Aragão, destacou que:

A avaliação dos recursos humanos é requisito básico para um planejamento equilibrado. A organização, avaliação e projeção de dados essenciais sobre eles é indispensável [...] devem-se obter todos os pormenores possíveis sobre a distribuição da força de trabalho, os tipos e a natureza dos programas de aprimoramento da capacidade do pessoal especializado, os padrões de evolução técnica e a expansão das atividades de saúde programadas. Organizadas essas informações, servirão a que se determinem as relações entre a demanda e a oferta de trabalhadores para as atividades de saúde atuais e as referentes ao período de projeção, bem como para se indicarem os processos ou mecanismos pelos quais possam, mais efetivamente, se equilibrar os diversos tipos de demanda e oferta. (Aragão, 1967 apud Ministério da Saúde, 1993b: 26).

Essa foi, aliás, a tônica do debate acadêmico, nos anos 60, não apenas no Brasil, mas no cenário internacional. De um lado, havia que enfrentar a chamada "crise de pessoal" por que passava a saúde; de outro, o sistema de formação se caracterizava pela falta de racionalidade e desconexão com as necessidades reais do setor (Sonis, 1973).

Como conseqüência, abriu-se todo um campo de investigação e debate sobre o planejamento de recursos humanos – no Brasil e em diversos países – com a intenção de elaborar métodos que permitissem determinar a quantidade de pessoal necessário em cada categoria profissional.

A primeira referência sobre o planejamento de recursos humanos em saúde surgiu em 1958, como parte da Publicação Científica da OPAS nº 40 - Resumo dos Informes Quadrienais sobre as Condições de Saúde nas Américas (Vidal, 1984). Pouco depois, em 1961, em reunião da Organização dos Estados Americanos (OEA) foi acordada a urgência de se determinar o número de profissionais necessários em cada país; e na Reunião de Ministros da Saúde, de 1963, a referência especial recaiu sobre a importância do planejamento da formação médica (Vidal, 1984).

Paralelamente, teve início o planejamento em saúde, com a criação do método CENDES-OPAS. O Centro Panamericano de Planejamento em Saúde, da OPAS, desenvolveu métodos globais de planejamento, que ressaltavam a importância dos recursos humanos. O próprio Plano Decenal de Saúde para as Américas, para o período 1971-1980, estabeleceu uma série de metas quantitativas para diferentes categorias profissionais, embora com poucas referências à relação estrutural dessas metas com mudanças nos programas e serviços de saúde (Vidal, 1984).

Este hecho ha distorciónado, creemos, durante algunos años la planificación de los recursos humanos, orientando a los países a lograr metas cuantitativas globales que al no tener consonancia con las realidades concretas de salud en sus comunidades, no tenían mayor significación. Así, la relación médico-habitantes alcanzada en muchos países no mejoró la relación médico-población marginada rural no atendida, entre otras cosas. (Vidal, 1984: 11).

A ênfase recaiu sobre a importância dos métodos de projeção e cálculo dos recursos humanos necessários para atender às demandas do setor saúde, nas distintas regiões de um país. Baseadas em indicadores demográficos e socioeconômicos, essas orientações e os diversos estudos a partir delas produzidos se restringiram a um enfoque quantitativo de projeção de tendências, em busca de maior racionalidade científica para o planejamento de recursos humanos em saúde, sem tratar das implicações políticas aí embutidas (Sonis, 1973). Descuidou-se do fato de que uma política de recursos humanos exige a consideração de um conjunto de variáveis que atuam simultaneamente e interagem entre si, num contexto complexo e fortemente influenciado por fatores culturais e decisões políticas, que torna falaciosas as projeções de cunho eminentemente estatístico.

De modo geral, esses estudos não foram bem sucedidos, uma vez que não permitiam ir além de um enfoque quantitativo, que projetava as tendências existentes, mantendo a rigidez do então sistema de saúde e das instituições formadoras tal como se configuravam naquele momento (Sonis, 1973). Careciam, assim, "[...] *de la fuerza necesaria para desarrollar procedimientos de aplicabilidad futura que posean el potencial suficiente para adaptarse a la fluidez que necesariamente exigen los cambios que se persiguen para el sector.*" (Sonis, 1973: 266).

Esse tipo de enfoque, baseado em estudos de demanda manifesta e projeção de oferta, refletia a corrente de pensamento que dominou a saúde pública nos anos 50 e 60. Essa corrente utilizou como argumento a busca de racionalidade e eficiência, consideradas como inerentes a um enfoque científico, e transpôs para a saúde as técnicas utilizadas no campo da economia. Sonis (1973) lembra que a maioria desses estudos evitava a discussão das

implicações políticas que poderiam ser inferidas de suas próprias recomendações; ressaltando:

La planificación del recurso humano en salud no puede ser enfocada aisladamente, pues forma parte de dos sistemas: por un lado, es un subsistema del sistema de atención de la salud y, por otro, es inseparable de los problemas que plantea globalmente la formación y utilización de la mano de obra laboral de un país. Por lo tanto, en ausencia de planes coherentes en estos dos campos, el pretender planificar en profundidad y en detalle el recurso humano en salud plantea dificultades prácticamente insalvables. Además, con ello se corre el riesgo de resultar totalmente artificial y de aislarse de las verdaderas necesidades del país.

Quizá muchas de las limitaciones de los estudios realizados tienen su origen en la ambición de sus autores, que pretendieron obtener de los métodos que utilizaron más de lo que los mismos podían dar.

[...] la planificación resulta inseparable de la política [...] no presentamos "la política" como una alternativa a "la planificación", sino como fases de un mismo proceso. (Sonis, 1973: 267, 269).

A partir da década de 70, embora a abordagem mais racionalista ainda tenha se mantido com alguma força, destacando a influência dos recursos humanos sobre os custos dos serviços de saúde; o debate passou a evidenciar, cada vez mais, a dimensão política do tema, ressaltando sua forte relação com a necessidade de mudanças culturais, sociais e econômicas. Começam a ganhar relevo as discussões sobre o acesso da população a esses serviços, a formação desses profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros aspectos (Confrey, 1973; OMS, 1971; Sonis, 1973).

De forma convergente com esse debate, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) elaborou, em 1976, o "Estudo sobre a Formação e Utilização dos Recursos Humanos na Área da Saúde", com a contribuição do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Seu objetivo era "[...] *propor diretrizes para as ações que permitam a correção das principais distorções que vêm ocorrendo na preparação e utilização de recursos humanos no setor Saúde.*" (Ministério da Educação e Cultura, 1976: 9). A partir da análise de diagnósticos já existentes, o estudo atribuía as insuficiências na prestação de assistência médica, a fatores demográficos (como o crescimento populacional acelerado e o movimento migratório), socioculturais, políticos e tecnológicos. E recomendava que a formação dos profissionais de saúde deveria pautar-se pelas reais necessidades da população, de forma a "[...] *inserir o ensino de saúde no contexto socioeconômico, cultural e político do Brasil e de suas regiões.*" (Ministério da Educação e Cultura, 1976: 11).

Com relação à formação médica, afirmava que o estoque desses profissionais já ultrapassava as projeções para 1980 (1.225 habitantes/médico), superando as metas do Plano

Decenal. Ao destacar a inadequação do ensino médico à realidade brasileira, afirmava: "[...] *os médicos são formados com vistas aos centros urbanos, integrados numa ótica de especialização, voltados para a terapêutica, para doenças degenerativas e para o liberalismo profissional. Não se enquadram nas reais necessidades de trabalho ligadas à medicina integral ou comunitária [...]. Portanto, os conhecimentos, interesses e valores transmitidos a esses profissionais raramente coincidem com as necessidades da maioria da população.*" (Ministério da Educação e Cultura, 1976: 14). Para enfrentar o problema, propunha reformas curriculares e experiências práticas em medicina comunitária e saúde pública. E maior articulação entre os Ministérios da Educação, Saúde e Previdência, "[...] *para que este trabalho não seja simplesmente mais um documento, mas dê origem às ações concretas e imediatas.*" (Ministério da Educação e Cultura, 1976: 59).

Nogueira (1986b), analisando dados de estudo replicado em diversos países, nos anos 80, mostra que a oferta de médicos era, então, diferentemente avaliada pelos governos nacionais, quanto à suficiência ou não desses profissionais em relação ao número de habitantes. Cada governo dos países estudados, dentre eles o Brasil, teve que se posicionar quanto à oferta de médicos, definindo-a como "adequada", "superávit" ou "déficit". A tabela 28 mostra os resultados, que são assim analisados por Nogueira (1986b: 297):

[...] los intereses corporativos de los profesionales y la postura política adoptada por los gobiernos, tornan la cuestión particularmente delicada. La clase médica puede ejercer presiones en el sentido de establecer un diagnóstico de superávit o, al contrario, el gobierno puede inclinarse a no reconocer oficialmente el superávit en virtud de la necesidad de atender demandas de ciertos grupos sociales. Es decir, la cuestión del superávit de médicos se reviste de fuertes connotaciones políticas. [...]

En Cuba y el Brasil, la oferta actual se considera adecuada. En los otros países se hizo una apreciación que indica la existencia de superávit, aunque con énfasis variables y no siempre con fundamento en indicadores objetivos. Se detectó superávit en países que tienen una reducida razón de médicos por 10 000 habitantes, junto a otros donde la razón es elevada. El diagnóstico parece no depender de algún parámetro universal de disponibilidad de médicos por la población, pero sí de una capacidad eficaz de absorción por el mercado de trabajo, de acuerdo con sus dimensiones y características.

En ese cuadro, la situación de Cuba es singular. A despecho de exhibir la razón más alta de médicos por habitante, no señala la existencia de superávit ni de desempleo de médicos, debido a la reglamentación planificada ejercida por el Estado entre formación y utilización de los distintos tipos de profesionales.

Tabela 28. Situação da oferta de médicos para alguns países estudados

Países	Ano de referência	População (em milhões)	Nº de médicos	Razão de médicos por 10.000 hab.	Apreciação nacional
Argentina	1980	27.947	46.353	16,5	Superávit
Brasil	1980	119.099	101.793	8,5	Adequado
Canadá	1983	25.000	41.440	16,5	Superávit
Colômbia	1985	28.100	18.158	6,4	Superávit
Cuba	1985	10.048	22.910	22,8	Adequado
EUA	1982	236.053	465.026	19,7	Superávit
México	1985	77.777	95.000	12,3	Superávit

Fonte: Nogueira (1986b).

Medici (1985) mostra que embora as ações do Estado implementadas no campo da saúde, nesse período, tenham aumentado a oferta de médicos e ampliado o mercado de trabalho, inclusive nas regiões mais desfavorecidas, não foram suficientes, por si só, para enfrentar efetivamente o problema da má distribuição desses profissionais no território nacional:

[...] as regiões que apresentaram maiores incrementos no número de médicos foram: Norte (701,84%); Centro-Oeste (330,45%) e Sul (164,09%). As duas primeiras, no entanto, ainda apresentam um baixo contingente destes profissionais com relação à magnitude de suas populações. [...] Apesar dos esforços do Governo Federal, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais em aparelharem a rede pública de saúde dos estados nordestinos, o baixo poder aquisitivo da população tem impedido uma maior fixação de médicos na região. Como salientou Celso Furtado, em artigo publicado no Caderno Especial do *Jornal do Brasil* de 20.11.83, 'se é verdade que o produto bruto do Nordeste quadruplicou entre 1960 e 1980, dois terços da população trabalhadora permanecem com uma renda igual ou inferior a um salário mínimo'. Portanto, na atual estrutura privatizante da atenção médica no Brasil, somente uma melhoria substancial da distribuição dos rendimentos da população poderia resolver o problema da fixação de médicos nos regiões mais carentes. (Medici, 1985: 57).

Com a realização, em 1986, da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, observa-se uma mudança fundamental no eixo de discussão, que se desloca da "[...] questão do dimensionamento e desempenho do trabalho em saúde, de mera disfunção da força de trabalho disponível, para um problema crítico de ausência de política de recursos humanos, termo que procura superar o sentido quantitativo, econômico e estritamente produtivo [...]" (Sayd *et. al.*, 1998: 188).

Ainda assim, por ocasião da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada sete anos depois, em 1993, constatava-se:

[...] a baixa importância conferida pelos gestores das três esferas de governo à Conferência e à própria área de recursos humanos, dada pela insuficiente participação quantitativa e qualitativa, fato ainda mais relevado em relação à Universidade [...] O diagnóstico, no entanto, ainda que sem novidades,

revelou-se em cores mais dramáticas em todas as frentes, mas especialmente em relação ao processo de formação, às condições de emprego, trabalho e salário e ao descompromisso entre gestores/prestadores/servidores com a população usuária. (Ministério da Saúde, 1994b: 3).

Como mostram vários autores (Dal Poz, 1996; Leite, 1999; Paim, 1994; Pierantoni, 2000; Pierantoni & Machado, 1994), as questões mais prementes do campo dos recursos humanos em saúde ainda não foram objeto de intervenções estatais consistentes e duradouras, que sejam congruentes com os princípios da Reforma Sanitária.

As seções seguintes descrevem as estratégias adotadas pelo Estado brasileiro para fazer frente a uma dessas questões, qual seja, a má distribuição de médicos no país; apresentando-as segundo o recorte político que as fundamentou: ditatorial ou democrático.

4.1. Estratégias da ditadura militar

Iniciado em 1964, com o golpe militar de 31 de março, o período ditatorial no Brasil estendeu-se até o ano de 1978, quando se abriu o caminho para a redemocratização. Nesse período, foram implantados dois programas que tiveram a interiorização de profissionais como uma de suas metas: o Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

4.1.1. O Projeto Rondon

Criado em 1968, pelo Decreto nº 62.927, o Projeto Rondon foi o primeiro grande *programa de extensão universitária* de abrangência nacional instituído pelo governo brasileiro, tendo como finalidade "[...] *promover estágios de serviço para estudantes universitários, objetivando conduzir a juventude a participar do processo de integração nacional.*" (Brasil, 1968). A participação no Projeto, de caráter voluntário, abrangia estudantes de todos os cursos universitários, para desempenhar atividades específicas de seu campo de formação em localidades do interior do país, desprovidas de infra-estrutura econômica e social.

Em publicação elaborada pelos formuladores do Projeto Rondon, sua criação é contextualizada segundo a lógica doutrinária da ditadura militar:

Na segunda metade da década de 60, o inconformismo juvenil – fermento das grandes campanhas libertárias em todas as épocas e em todos os países – radicalizou-se numa escalada mundial de manifestações públicas, protestos, conflitos e movimentos de massa.[...]

No Brasil um fato era latente. Havia uma enorme predisposição da parte dos jovens de contribuir de alguma forma no processo brasileiro.

O que se fazia necessário era mostrar-lhes o caminho sério e construtivo da participação real nos destinos do Brasil.

Atravessávamos uma época em que mais do que nunca necessitávamos do trabalho devotado, do altruísmo, da convicção patriótica, de reformas é claro, desde que calcadas na realidade de nossa problemática.

Êste quadro político-institucional brasileiro mereceu a atenção dos governantes e das universidades e foi objeto do seminário promovido pela ECEME (ESCOLA DE COMANDO DO ESTADO-MAIOR DO EXÉRCITO) e universidades do Estado da Guanabara em outubro/novembro de 1966.

Nêle estiveram presentes estudiosos do problema educacional brasileiro, nascendo nos debates, e cristalizando-se nas conclusões, a necessidade imperiosa de levar os estudantes universitários à participação realista no esforço desenvolvimentista brasileiro. [...]

O caminho estava começando a ser apontado: os estudantes viveriam e sentiriam em tôda a sua chocante realidade a vida no interior do Brasil.

O desafio foi aceito por todos os que se empenhavam na idéia: estava lançada a semente do que viria a ser a maior experiência sociológica brasileira - o PROJETO RONDON. (Ministério da Educação e Cultura, 1972: 8-9).

O lema do Projeto Rondon – "Integrar Para Não Entregar" – teve como inspiração uma frase do Capitão Lauro Bastos Filho, do 5º Batalhão do Exército, de Rondônia: "[...] *O batalhão está trabalhando dia e noite para integrar a região amazônica e não entregá-la à cobiça, à miséria e ao pauperismo.*" (Ministério da Educação e Cultura, 1972: 15).

Assim, a palavra de ordem do Projeto Rondon foi a integração: "[...] *Integração geográfica, social e econômica. Integração também de pensamento, de atitudes, de classes e gerações. Integração no plano material e ideológico para o trabalho comum de construção de um novo Brasil.*" (Ministério da Educação e Cultura, 1972: 5).

Após uma experiência piloto, realizada em Rondônia, em 1967, da qual participaram 31 estudantes de Medicina, Engenharia, Geociências, e Documentação e Comunicação, o Projeto Rondon foi efetivamente implantado a partir do já citado Decreto nº 62.927, que criou o "Grupo de Trabalho Projeto Rondon", responsável pela sua condução. Compunham este grupo representantes dos seguintes órgãos: Ministério do Interior, Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Marinha, Ministério do Exército, Ministério da Aeronáutica, Ministério dos Transportes, Ministério da Agricultura, Ministério do Planejamento e Coordenação Geral, Ministério da Saúde, Movimento Universitário de Desenvolvimento Econômico e Social (MUDES), Conselho de Reitores (representando as entidades de ensino superior) e a então Universidade do Estado da Guanabara (UEG), em face de sua participação pioneira na experiência piloto.

Em novembro de 1970, o Decreto n° 67.505 transformou o "Grupo de Trabalho Projeto Rondon" em órgão autônomo da administração direta, subordinado ao Ministério do Interior, com autonomia administrativa e financeira, passando a denominar-se simplesmente "Projeto Rondon" (Brasil, 1970). Sua autonomia financeira foi assegurada por meio da instituição de um fundo específico, o Fundo do Projeto Rondon (FUNRONDON). Cinco anos depois, em dezembro de 1975, a Lei n° 6.310 alçou o Projeto Rondon à categoria de Fundação, ainda subordinada ao Ministério do Interior, mas com orçamento e patrimônio próprios e personalidade jurídica de direito privado, passando a denominar-se Fundação Projeto Rondon, tendo sido extinto o FUNRONDON. A mesma lei estabeleceu como objetivos básicos do Projeto Rondon:

I - no campo do desenvolvimento e da integração nacional:

- a) colaborar com o Ministério da Educação e Cultura na organização, implantação e coordenação de estágios de estudantes, no interior do país;
- b) colaborar na execução da política de integração nacional, em consonância com os planos de desenvolvimento;
- c) promover ou participar de programas de desenvolvimento comunitário com as populações interioranas.

II - no campo do mercado de trabalho e mão-de-obra:

- a) promover, com os estágios de universitários, o conhecimento das condições do interior do país, abrindo perspectivas para a interiorização e fixação de técnicos de nível superior nas áreas em que atuarem;
- b) desenvolver, junto às populações carentes, o treinamento especializado de nível médio, incentivando o mercado de trabalho e o aprimoramento da mão-de-obra qualificada;
- c) promover, juntamente com os órgãos especializados, a abertura de novos mercados de trabalho;
- d) promover a interiorização de técnicos em áreas menos desenvolvidas do Território Nacional.

III - no campo da pesquisa e preparação de recursos humanos:

- a) contribuir para a promoção, coordenação e realização de pesquisas voltadas para o conhecimento da realidade nacional;
- b) contribuir para a preparação dos recursos humanos necessários ao desenvolvimento. (Brasil, 1975).

Considerado como atividade curricular voluntária, o estágio no Projeto Rondon incluía a participação dos corpos discente e docente na preparação e no planejamento das atividades. Os estágios deviam ser prestados no período das férias escolares, nos meses de janeiro ou julho. Assim, a cada seis meses, novas equipes integravam projetos específicos.

O Projeto Rondon possuía uma estrutura de funcionamento baseada em uma Coordenação Geral, de âmbito nacional; e coordenações regionais, estaduais e de área (Ministério da Educação e Cultura, 1972).

Para consolidar seus objetivos, foram criadas diferentes operações e programas, vinculados a quatro grandes eixos: "Conhecimento da Realidade Nacional", "Integração Nacional", "Desenvolvimento" e "Interiorização".

Com relação às operações, além daquelas de caráter nacional (realizadas nas férias de janeiro e fevereiro, de execução complexa e elevado custo), foram criadas as operações regionais (executadas nas férias juninas, de realização mais simples e menor custo), organizadas e operacionalizadas pelas coordenações estaduais; e as operações locais (em qualquer época do ano e quase sempre por iniciativa das próprias Universidades) (Rodrigues, s.d.).

Ainda segundo Rodrigues (s.d.), pouco a pouco, a Universidade, como instituição, foi assumindo uma maior participação nas atividades do Projeto Rondon, sendo o "Campus Avançado" a forma como se materializou esse maior envolvimento direto.

Os "Campi Avançados" eram extensões das Universidades, constituindo-se como locais de estágios, instalados fora de suas respectivas áreas geoeducacionais, em pontos estrategicamente selecionados nas regiões menos desenvolvidas do País.

A atuação dos "Campi Avançados" tinha um **duplo objetivo** : **Por um lado** propiciar aos universitários um aprendizado indireto, através da prestação de serviços técnico-profissionais dentro de suas áreas de formação, cumprindo programas previamente estabelecidos e sob a supervisão direta de professores de suas Universidades, em contato com a realidade local, vivenciada em seus múltiplos e complexos problemas, interiorizando o ensino universitário e a tecnologia.

De outra parte, as regiões onde se desenvolveriam esses trabalhos de estágio, iriam se constituindo em **pólos de desenvolvimento integrado**, pois as ações executadas ajustavam-se, em perfeito entrosamento, com as diretrizes dos órgãos de administração local ou regional, visando acelerar o desenvolvimento local integrado. O "Campus Avançado" posicionava-se como um órgão de assessoramento nos trabalhos de pesquisa, experimentação, planejamento e execução dos projetos que ali se desenvolviam.

[...] Inicialmente funcionavam como pólos de atração que, com o tempo, iriam se transformando em pólos de irradiação.

O "Campus Avançado" procurava conjugar as iniciativas governamentais e privadas no que realizavam em áreas prioritárias.

As Universidades mantinham no seu "Campus Avançado" um professor que exercia as funções de seu Diretor e era permanente. Equipes de 25 a 30 universitários e professores, de formação multidisciplinar ajustada ao estágio dos programas em desenvolvimento, se revezavam mensalmente.

Os trabalhos eram planejados de forma a não permitir qualquer processo de descontinuidade com esses revezamentos. É importante recordar, ainda, que esses estágios dos universitários, sendo considerados curriculares, promoviam a participação integrada dos corpos docente e discente, não só na preparação e no planejamento, como também durante a realização dos trabalhos. (Rodrigues, s.d.) [grifos no original]

Em seminário promovido em 1979 para avaliar os primeiros 10 anos do Projeto Rondon, alguns aspectos do funcionamento dos "Campi Avançados" foram objeto de críticas por parte do Conselho Federal de Educação:

[...] em muitos casos, os 'Campi' Avançados de universidades de outras regiões do país que se situam na Amazônia operam praticamente como enclaves culturais, algo que se torna isolado, que não se comunica, que não se articula com as suas congêneres locais e que, conseqüentemente, não as beneficia, ou que as beneficia numa escala muito reduzida [...] a preocupação fundamental seria a de rever este tipo de presença de universitário do sul, do sudeste do país, por exemplo, na Amazônia. [...] as universidades do sul e do sudeste do país se beneficiariam de uma vivência que o corpo docente, os administradores, os alunos das universidades locais lhes poderiam transmitir em razão da própria origem, do próprio fato de ali terem nascido e se criado na região e, portanto, de estarem nela culturalmente integrados. Em alguns casos temos notícias de situações surgidas com vinda de universitários de grandes centros urbanos do país para pequenas comunidades do interior, em que esse simples transplante de pessoas que têm uma outra origem e que vêm de outro ambiente cultural cria, em determinadas situações, um verdadeiro choque cultural, às vezes profundo e nem sempre fácil de controlar (Conselho Federal de Educação, 1979: 36).

Como decorrência das Operações Nacionais e da atuação dos "Campi Avançados", passaram a ser incentivados os programas de interiorização. Baseados em incentivos para a interiorização de profissionais de nível superior, esses programas eram destinados tanto aos profissionais liberais, quanto aos servidores públicos que desejassem atuar junto às prefeituras e aos órgãos da administração estadual e federal existentes na região. Essa atuação se dava mediante um vínculo salarial com o Projeto Rondon, por um período máximo de 12 meses. Além disso:

Havia um esquema para que o apoio inicial a esses profissionais fosse dado pelos "Campi Avançados" ou pelas próprias Prefeituras envolvidas.

Era objeto de estudos e providências a abertura de créditos especiais para que esses profissionais, caso desejassem permanecer com seu exercício profissional nesses municípios ou regiões, pudessem se habilitar a esses créditos, como por exemplo, para aquisição da casa própria, aquisição de equipamentos para seus consultórios ou escritórios, ou para a implantação de atividades econômicas privadas que pretendessem desenvolver (Rodrigues, s.d.).

Os programas de interiorização foram intermitentes durante a trajetória do Projeto Rondon, enfrentando problemas debatidos no Seminário acima citado e assim então resumidos pelo Conselho Federal de Educação:

O problema do Brasil no setor de saúde, para exemplificar, não consiste em apenas formar mais médicos, mas distribuí-los de maneira adequada pelas regiões mais carentes desses profissionais. Mas o médico não atua sozinho, precisa apoiar-se numa infra-estrutura operacional que envolve, além de outros, os Ministérios da Educação e Cultura, do Interior e da Saúde. O problema se coloca não apenas em relação à medicina, mas a várias áreas onde existem profissionais formados e sem emprego, concentrados nas grandes cidades, e, de outra parte, inúmeras regiões totalmente desassistidas. Esse é um aspecto que diz respeito a este Conselho - e é essa a tática que estamos procurando adotar - que é a de colocar os cursos onde profissionais respectivos devem ser formados, onde exista para eles, mercado de trabalho.

A questão da interiorização do profissional não é, pois, apenas do Projeto Rondon, mas também do Conselho Federal de Educação, procurando, além da elevação do nível cultural das regiões interioranas, assegurar trabalho aos profissionais de nível superior e assistência às populações necessitadas (Conselho Federal de Educação, 1979: 35).

O tema manteve-se como permanente preocupação no âmbito do Projeto Rondon, como é possível constatar em outros depoimentos, no mesmo seminário, como este:

[...] no que diz respeito à fixação, à interiorização – [...] uma das preocupações que estão sendo reativadas dentro do Projeto Rondon – já agora do profissional formado [...] este é evidentemente um desafio que extrapola ao âmbito específico de atuação do Projeto Rondon. [...] há pelo menos três ou quatro anos realizam-se no MEC estudos, posteriormente discutidos com outros ministérios e levados à consideração do Estado-Maior das Forças Armadas sobre a possibilidade de se articular, como que de se acoplar a legislação do serviço militar obrigatório, à criação de um Serviço Civil Social. Assim se propôs chamar a época em que o universitário cumpriria os seus deveres para com a legislação militar, substituídos pela prestação, por um período a ser fixado e que poderia ser de um ou dois anos, de um serviço profissional, após formado, às comunidades interioranas. Isto poderia garantir, em primeiro lugar, a presença permanente do profissional na região, embora com a sua substituição periódica e regular, em determinados campos de atividades nessas comunidades mais desassistidas do interior, evitando-se, assim, o inconveniente da falta de continuidade por ausência de novos candidatos voluntários para substituírem os que se encontravam participando de programas dessa natureza. Enfim, um sistema de incentivo, de estímulos que podem assumir muitas formas e que podem, a par desses casos de voluntariados e de decisão pessoal de permanecer definitivamente no local, onde o jovem esteve ainda como universitário, assegurar a presença permanente dos profissionais de que a comunidade precisa para garantir um nível de vida mais digno, menos carente das coisas mais básicas de que uma população tem necessidade (Conselho Federal de Educação, 1979: 36).

Além do Serviço Civil Social, outras propostas foram sugeridas no evento: (1) vincular a fixação e a interiorização do profissional oriundo do ensino universitário público e gratuito a um determinado número de anos de prestação de serviços; (2) criar incentivos para

estimular empreendimentos em diversos setores da economia, nas áreas mais carentes e desfavorecidas; (3) instituir o Serviço Cívico Social, de caráter voluntário, mediante estímulos e benefícios, como isenções de serviços e oferta de facilidades em termos de futuro profissional (Conselho Federal de Educação, 1979).

Com o término do regime militar, em 1984, e o início do processo de redemocratização do país, o Projeto Rondon entrou em processo de extinção, encerrando suas atividades em 1989. Na avaliação de Rodrigues (s.d.), além do esvaziamento político em torno da doutrina que fundamentava o Projeto, gerado pelo novo contexto político do país, outros fatores decisivos para sua extinção foram:

As utilizações indevidas de suas estruturas, os abusos no manuseio dos recursos financeiros para outros fins, aproveitando-se as facilidades administrativas que o Projeto oferecia, os desvirtuamentos de suas finalidades, que passaram a ocorrer desde então, além das diversas ações de pretexto investigatório que se desenvolveram visando alguns de seus dirigentes na ocasião, tinham, na realidade, como objetivo, desacreditar o movimento junto à opinião pública. Apenas como um exemplo desse desvirtuamento, citamos o "rateamento" de seus cargos de direção entre os diferentes partidos políticos que apoiavam o governo que se instalava. Cresceram os "apetites políticos" e o Rondon "era um prato cheio"... inclusive pelos dividendos políticos que o próprio cargo de Presidente da Fundação oferecia. (Rodrigues, s.d.; s.p.)

Durante seus 22 anos de existência, o Projeto Rondon contemplou milhares de municípios – majoritariamente localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste – que receberam atendimentos e serviços nas áreas de saúde, educação, agropecuária, engenharia, arquitetura e outras. Participaram do Projeto cerca de 350 mil universitários e 13 mil professores. Na área da saúde, foram realizados atendimentos médicos, vacinação, combate a endemias, pesquisas, planejamento, educação sanitária, enfermagem e odontologia (Ministério da Educação e Cultura, 1972; Rodrigues, s.d.).

Do ponto de vista político, a principal crítica ao Projeto Rondon consistiu em classificá-lo como "[...] '*...um movimento criado pelos governos militares para anestesiar a juventude universitária...*' ; ou então, '*... como uma forma fascista de mobilização dos jovens...*' , ou ainda, '*...como um instrumento da propaganda oficial do autoritarismo...*' (Rodrigues, s.d.) [grifos no original].

Do ponto de vista técnico, as críticas recaíam sobre o curto tempo de permanência dos universitários nas comunidades, além do fato de que dado seu caráter voluntário, havia dificuldades para evitar a descontinuidade de participação de estudantes de alguns cursos, como por exemplo, de medicina: "[...] *esse trabalho no período escolar é um trabalho*

efêmero, é um trabalho condicionado, estando o jovem preocupado em concluir o seu curso." (Conselho Federal de Educação, 1979: 32).

Rodrigues (s.d.) considera que a decisão de extinguir o Projeto Rondon não esteve embasada em uma avaliação rigorosa das ações, programas, metodologias e resultados obtidos:

[...] Faltou uma **postura de estadista** na sua avaliação, antes da decisão de extingui-lo. Não se entrou no mérito de sua expressão sócio-cultural; de sua dimensão geopolítica e estratégica [...].

Até o esvaziamento do princípio do **trabalho voluntário** - tão escasso na postura cultural do brasileiro, e praticado intensamente pelos participantes do Projeto Rondon naqueles 22 anos - foi realizado sem a menor preocupação.

Ao ser extinto o Projeto Rondon, não se considerou, também, o desperdício de recursos financeiros que se estava praticando, **com a dilaceração de seu espólio**, pelo abandono completo, ou cessões improvisadas das instalações e equipamentos dos vinte e três "Campi Avançados". Além disso, vale lembrar o desperdício do **capital humano** que se pôs em prática ao "encostar" em outros órgãos, para funções meramente burocráticas ou de finalidades completamente diferentes, os quadros técnicos da Fundação Projeto Rondon, desprezando-se todo o conhecimento e experiência acumulada por esses profissionais em 22 anos de trabalho com jovens, no incentivo ao trabalho voluntário, e com amplo conhecimento e vivência dos graves problemas sociais das regiões mais carentes do País e que, além de tudo, gozavam de um alto conceito junto à sociedade como um todo.

Não se contesta o direito que tinham os novos responsáveis pela condução dos destinos do País de redirecionar e reformular muitos dos programas e procedimentos administrativos que eram adotados pelo Projeto Rondon, de modo a melhor adequá-los aos objetivos e interesses dos projetos que pretendessem implantar. A própria denominação de **projeto** mantida pelo movimento, e que seus participantes tanto fizeram questão de preservar, pressupunha que o mesmo era ainda um plano, um desígnio em andamento, e como tal, admitindo sempre a possibilidade e necessidade de constantes avaliações nos seus objetivos e formas de atuação, não apenas para a correção dos desvios que viessem a se constatar no seu desempenho, como, também, para a introdução de aperfeiçoamentos para que suas atividades melhor se ajustassem às circunstâncias conjunturais de cada momento, inclusive respondendo de forma mais adequada aos novos anseios e motivações que os jovens viessem a apresentar.

Antes de extingui-lo, o mínimo que se poderia esperar seria **uma simples avaliação** sobre os resultados de sua atuação. [...]

Entretanto, a ânsia "revisionista" e o açodamento em procurar modificar ou acabar com tudo que pudesse ser classificado como "**entulho do autoritarismo**" - predominou sobre o mínimo de bom senso [...] (Rodrigues, s.d.).

Quatorze anos depois de sua extinção, no entanto, a União Nacional dos Estudantes (UNE) – que teve forte atuação oposicionista durante toda a ditadura militar – surpreendentemente, encaminhou ao governo federal, em 2003, uma proposta de reativação

do Projeto Rondon. A proposta foi bem recebida pelo governo, que em março de 2004 criou um Grupo de Trabalho Interministerial, coordenado pelo Ministério da Defesa e composto por representantes dos ministérios da Educação, Integração Nacional, Saúde, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Esporte, Meio-Ambiente e da Secretaria-Geral da Presidência da República. Como o Projeto encontrava-se em fase de formulação quando da realização deste estudo, não será aqui considerado.

Durante a ditadura militar, além do Projeto Rondon, outro programa de interiorização – desta vez específico para a área de saúde – foi implantado pelo governo brasileiro: O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), descrito na seção seguinte.

4.1.2. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)

Durante o governo militar, o Estado brasileiro estruturou sua atuação por meio de planos nacionais de desenvolvimento. O primeiro desses planos, conhecido como I PND e proposto para o período 1970 a 1974, estipulava a integração das ações de saúde aos programas de desenvolvimento como condição necessária para o crescimento econômico e social do país. O II PND, aprovado para o período 1975-1979, manteve o foco no desenvolvimento integrado, colocando a Saúde e a Educação como áreas prioritárias, "[...] buscando dar uma resposta ao acirramento das tensões sociais [...]" (Rosas, 1981: 46).

O II PND representou maior aporte de recursos para as áreas de saúde, saneamento e nutrição; o orçamento do Ministério da Saúde cresceu 72%, em 1975, em relação ao ano anterior (Rosas, 1981: 47).

Ainda em 1975, e também como decorrência do II PND, o setor saúde foi reorganizado, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), por meio da Lei nº 6.229, que definiu responsabilidades para os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação, do Interior, do Trabalho, além de estados e municípios.

Dois meses depois, foi realizada a V Conferência Nacional de Saúde, que trouxe como um dos cinco temas centrais a extensão das ações de saúde às populações rurais. Em seu relatório final, constatava-se que 50% da população do país vivia em áreas rurais, com precárias condições de vida e pouco acesso às ações de saúde e saneamento, enfatizando-se que:

Tal situação justifica a decisão do Ministério da Saúde de expandir as ações de saúde às populações rurais, de acordo com os recursos humanos disponíveis e a participação ativa da comunidade rural e das administrações municipais.

[...] É indispensável, pois, fazer chegar a esta parcela apreciável da população que vive em áreas rurais, e à qual caberá destacada participação no setor agrícola e na colonização de novas áreas, um mínimo de prestação de serviços de saúde.

[...] seria utópico imaginar que a extensão das ações de saúde ao meio rural poderia ser obtida nas próximas décadas, por intermédio da atuação permanente e direta de médicos, enfermeiros, veterinários, engenheiros e dentistas, entre outros [...]

[...] o caminho a seguir será recorrer aos auxiliares devidamente capacitados para exercerem uma série de funções delegadas, com supervisão e apoio periódico da enfermeira da área e do médico, para atividades assim programadas [...] (Ministério da Saúde, 1975: 256-258).

Esse diagnóstico e a estratégia proposta de compensar a falta de médicos e outros profissionais de nível superior com "auxiliares devidamente capacitados" encontravam respaldo da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), cujo então diretor, no discurso de encerramento da Conferência, afirmou:

Temos o propósito de encarecer os governos a descartarem a idéia de "qualidade primeiro, extensão depois". As atividades de colaboração da organização [OPAS] devem ter por finalidade estender a cobertura dos serviços de saúde a todas as pessoas às quais possam chegar, com todos os meios, a seu alcance. Só quando houver sido atingido este objetivo, é que se deve facilitar um serviço da mais alta qualidade possível, mas sem comprometer o objetivo imediato que é a cobertura total (Ministério da Saúde, 1975: 317).

Foi nesse contexto e "[...] *com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população [...]*" que se deu a criação, em 1976, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), pelo Decreto n° 78.307 (Brasil, 1976).

O Programa, inicialmente, focou a expansão dessa estrutura básica de saúde pública na região Nordeste e posteriormente em todo o país, tendo como diretrizes:

I - ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;

II - ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;

III - encaminhamento a serviços especializados;

IV - disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;

V - integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;

VI - ampla participação comunitária;

VII - desativação gradual de unidades itinerantes de saúde a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente. (Brasil, 1976).

Os recursos destinados ao PIASS provinham do Ministério da Saúde, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e do Programa de Integração Nacional (PIN). Estados e municípios também contribuíam, a título de contrapartida, com recursos recebidos para ações de saúde e saneamento do Fundo de Participação de Estados e Municípios (FPE e FPM). A Previdência Social também destinou recursos ao Programa, cujo decreto de criação definiu que o então INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) e o FUNRURAL (Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural) deveriam remanejar para o PIASS os recursos destinados à assistência médica nas áreas de atuação do Programa.

Coordenado por um Grupo Executivo Interministerial (GEIN), composto pelos ministérios da Saúde, Previdência, Interior e pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, o PIASS foi criado com duração prevista de quatro anos (até dezembro de 1979). Posteriormente, foi proposta e aprovada sua expansão para todo o país, estendendo-se esse prazo para 1985.

Além da implantação de unidades básicas de saúde, o Programa previa, ainda, dois outros tipos de ação: (1) a instalação de saneamento básico, por meio de sistemas simplificados de abastecimento de água, remoção de dejetos e destino do lixo; (2) e o desenvolvimento de "[...] *ações coordenadas com programas de desenvolvimento sócio-econômico, sobretudo no que se refere ao aumento da disponibilidade e adequada utilização de alimentos essenciais.*" (GEIN/PIASS, 1977).

Para executar o conjunto de ações previstas, o PIASS recorria à ampla utilização de pessoal de nível médio e elementar, incluindo auxiliar de saúde, auxiliar de saneamento, inspetor de saneamento, atendente de enfermagem e outros, recrutados nas próprias localidades de atuação e devendo trabalhar sob supervisão constante, com apoio técnico e administrativo das unidades de saúde mais complexas (ST/GEIN/PIASS, 1980).

O Programa foi estruturado com uma lógica modular de organização, cujo componente essencial era o "módulo básico", definido como "[...] *um conjunto formado por POSTOS DE SAÚDE localizados em comunidades rurais, apoiados por uma unidade de maior porte, geralmente um CENTRO DE SAÚDE, situado na sede do município.*" (ST/GEIN/PIASS, 1980). O posto de saúde constituía-se como uma "[...] *unidade simples operada por Auxiliar de Saúde de nível elementar, especialmente treinado para a execução de ações básicas de saúde [...]*" e o centro de saúde como "[...] *unidade mais complexa, com*

atendimento médico permanente e laboratório básico, responsável pela supervisão e apoio aos Postos de Saúde." (ST/GEIN/PIASS, 1980).

Em geral, o módulo básico correspondia a um município e era composto por um centro de saúde, dimensionado para atender a 6.000 habitantes e dar apoio logístico e atendimento de referência para até três postos de saúde, localizados em distritos, vilas e povoados e preparados para atender no máximo 2.000 habitantes, cada um.

A execução do PIASS esteve a cargo das secretarias estaduais de saúde, com participação das companhias estaduais de saneamento, das secretarias de obras, das prefeituras e de organizações comunitárias.

O programa gerou um expressivo aumento da rede ambulatorial que registrou, entre 1975 e 1984, um aumento de 1.255% (Mendes, 1993). Essa expansão e as condições políticas favoráveis ao Programa – que além de atender as parcelas desassistidas da população ainda o fazia com importante racionalização de recursos – fizeram com que o PIASS fosse "*deixando de ser uma proposta essencialmente de programa complementar, 'marginal' dentro do quadro da atenção à saúde do país, para tornar-se um projeto de prestação de serviços alternativa, abrangendo o atendimento a parcelas majoritárias da população.*" (Rosas, 1981: 137).

Na avaliação de Rosas (1981: 137), essa passagem "*de programa complementar a modelo de prestação de serviço em condições de disputar a hegemonia do setor com o modelo previdenciário [...]*" pode ser entendida como:

[...] conseqüência natural da busca de alternativas diante da crise do modelo previdenciário (baseado na compra de serviços) [...] Essa crise é agravada com o crescimento progressivo das pressões sociais, resultante de maior organização e poder de pressão das camadas sociais [...] reivindicando, entre outras coisas, a ampliação da assistência à saúde [...]. (Rosas, 1981: 137).

Ainda assim, o Relatório de Situação de 1981, elaborado pelo Ministério da Saúde, admitia que "*A etapa mais difícil da implementação do Programa diz respeito à manutenção adequada da rede de unidades em funcionamento e isto subentende que as unidades de saúde devem estar prestando serviços permanentemente. A população deve ter acesso aos serviços e estes serviços devem ser de boa qualidade.*" (Ministério da Saúde, 1981: s.p.).

Além disso, ao basear a extensão de cobertura não na interiorização de médicos, mas no trabalho de pessoal auxiliar, o PIASS viu comprometidas as chances de ampliar mais do que a rede de serviços básicos, mas sim a qualidade da atenção à saúde. Felipe (1987) destaca alguns limites e incongruências do Programa:

Havia um distanciamento entre o discurso moderno e a viabilidade operativa, permeada por estruturas administrativas viciadas, afeitas ao clientelismo e à

inoperância. O eficientismo propunha "custos compatíveis" ou "suportáveis" em nome da replicação de serviços de baixa qualidade, restritos à ampliação de uma rede de centros e postos de saúde pouco resolutiva. A utilização de pessoal leigo, após treinamentos sumários e descontínuos, significava a decomposição da ação assistencial segundo graus de complexidade: ações mais simples, supostamente repetitivas, executadas por trabalhadores de saúde menos qualificados, preferencialmente entre as populações sem tradição assistencial e desorganizadas, portanto menos exigentes. O resultado foi a instituição de uma medicina pobre, para pobres.[...]

A estratificação do atendimento, conforme a inserção das camadas sociais no mercado produtivo, e o beco sem saída da rede primária sem referência, foram rechaçados pela população, que repudiou tal estrutura. O desaparecimento ou a agonia dos serviços, superada a excitação do processo de implantação, acabou sendo trágica, com o desperdício de capital social inativado em milhares de ambulatorios. (Felipe, 1987: 487-488)

Como aspectos positivos do Programa, o mesmo autor destaca:

O avanço, a nível de concepção, passou pela ambição em termos de cobertura de massa e abrangência da intervenção realizada, que incorporou ações de saneamento básico. A implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água em comunidades rurais praticou o reconhecimento de que a saúde se liga à qualidade de vida. Também a realização maciça de obras através dos governos municipais, com êxito considerável, contribuiu para o recuo dos preconceitos quanto à descentralização. A administração municipal diluiu-se enquanto *locus* privilegiado de dispersão de recursos públicos.

A abrangência nacional, com a extensão do PIASS a outras regiões do País, fez aglutinar segmentos interessados no fortalecimento do setor público na prestação de serviços de saúde. (Felipe, 1987: 488-489)

Esses aspectos foram decisivos para o surgimento de novas proposições para o setor, estimuladas, ainda, pela crise do financiamento previdenciário e pela recessão econômica, acelerando uma "[...] *nova construção teórico-discursiva que propunha a reorientação do sistema médico-assistencial, com o privilegiamento das ações desenvolvidas ao nível do setor público.*" (Felipe, 1987: 489).

Mas, na prática, a viabilização de novas formulações "[...] *mostrava-se difícil, pelo comprometimento institucional com o modelo engendrado, que implicou no desmonte ou estagnação dos serviços públicos [...].*" (Felipe, 1987: 489).

Buscava-se uma "[...] *resposta à irracionalidade da expansão de leitos e internações pelo país, a impossibilidade de crescimento dos gastos com a absorção de tecnologia intensiva e obsoleta, muitas vezes discutível em termos de eficácia e utilização social, e a premência de consertar o modelo privatista sustentado pela intermediação do Estado [...].*" (Felipe, 1987: 489).

Apesar da vitalidade e da pressão dos setores interessados na manutenção do modelo previdenciário de atenção à saúde ainda terem se mostrado dominantes, "[...] *levando a um*

inevitável confronto com a evolução da proposta de ampliação dos serviços básicos [...] (Rosas, 1981: 137), essa nova orientação se consagrou na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, que teve como tema central "Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos". Na Conferência, o Ministério da Saúde, ao apresentar suas diretrizes, definiu os serviços básicos de saúde como "núcleo axial e ordenador" de suas ações. E propôs a elaboração de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), de caráter interministerial, que deveria orientar todos os demais programas e atividades do Ministério. Segundo essas novas diretrizes, o PIASS se constituiria como uma "fase inicial" do PREVSAÚDE, devendo a ele se integrar "como componente rural e de pequenos centros" (Ministério da Saúde, 1980).

No entanto, o próprio PREVSAÚDE não saiu do papel e com ele levou o PIASS. Mendes (1993) resume o que ocorreu:

O projeto tinha como objetivo básico a extensão máxima da cobertura, para o que apresentava temáticas discursivas como regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema.

A primeira versão, feita em agosto, incorporava, portanto as diretivas de organismos internacionais e do movimento sanitário, mas, como fruto da transição democrática, continha o viés de elaboração tecnocrática.

As restrições que, num primeiro momento, sofre dentro da própria burocracia estatal, remete a uma segunda versão, dita de setembro, que a reduz a uma proposta racionalizadora do modelo vigente.

O projeto, colocado em debate público, sofreu contestações de nítido caráter ideológico de todos os grupos interessados na questão da saúde e é, então analisado pela CIPLAN e encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, de onde não mais saíria. (Mendes, 1993: 34-35).

Encerrava-se, assim, a trajetória do PIASS, já como consequência dos embates que a arena política do processo de redemocratização propiciava. A discussão sobre o setor saúde, por meio de seus respectivos grupos de interesse, chegava finalmente ao Poder Legislativo, que passaria a ter papel decisivo nos rumos do setor daí em diante (Mendes, 1993).

Rumos para os quais a experiência do PIASS trouxe importante contribuição política, conforme destaca Felipe (1987: 488):

Apesar de todas as distorções, presumíveis ou constatadas *a posteriori*, foi possível, aqui e ali, dar uma substância técnica e política mais consistente às proposições oficiais. Os limites e as contradições embutidas no discurso foram evidenciadas, o que alimentou a polêmica e o conflito, abrindo novos horizontes em cima do cheque sem fundo das esperanças suscitadas em termos de atenção médico-assistencial e de participação comunitária. Uma vez mais o envolvimento consciente de profissionais de saúde foi decisivo para, atravessando o pântano e sujando os pés, assinalar os caminhos da necessária reformulação do nosso sistema sanitário. Não raro os embates e as

derrotas mostraram a fragilidade política dos espaços conquistados, mas nem por isso o esforço foi menos válido. O acúmulo de conhecimento e força permitia um ressurgimento, num outro lugar, sob novas circunstâncias.

4.2. Estratégias pós-redemocratização

Em 1978, ainda durante o governo militar, começa o processo de redemocratização do país, com o fim do AI-5 (Ato Institucional nº 5), a gradual restituição dos direitos democráticos, a decretação da Lei da Anistia – concedendo o direito de retorno ao Brasil para os exilados e condenados por crimes políticos – e a aprovação, pelo governo, da lei que restabeleceu o pluripartidarismo no país, em 1979.

Nesse novo contexto político, foram criadas duas intervenções com foco na interiorização: O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

4.2.1. O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)

O PISUS foi proposto em novembro de 1993, pelo Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde, da então Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. No documento que apresenta o Programa, o problema a ser enfrentado e a estratégia proposta são assim contextualizados:

Estamos em uma época, com princípios constitucionais em defesa do direito universal à saúde: a descentralização, a responsabilidade tripartite das três esferas de governo, a democratização da gestão e a participação popular. É toda uma legislação de suporte de reforma do Estado. A proposta ora apresentada insere-se neste contexto. Estamos partindo para uma solução de coparticipação das três esferas de governo tendo como base a municipalização. Fugimos da idéia de um programa verticalizado e mantido através da tutela federal. Este programa está dentro do princípio da cooperação técnica e financeira da União e estados para que os municípios, que não dispõem de serviços de saúde, tenham condições de assumirem esta competência constitucional [...].

Temos certeza de que os fatores que sempre condicionaram a presença ou não dos serviços de saúde em determinado local, não estarão de per si vencidos com esta proposta. Mas apostamos igualmente, que através dela poderemos estar minimizando o problema. Não estamos defendendo apenas a interiorização do profissional médico, mas sim de uma equipe mínima de saúde, com suporte através de uma pequena unidade de saúde com instalações mínimas e equipamentos essenciais. Não será a simples presença de um médico que fará a interiorização da saúde. Entretanto a história de nosso país mostra que foi a presença do médico por primeiro, quem garantiu, na maioria dos municípios brasileiros a interiorização de outros profissionais de saúde. A partir do médico foram surgindo outras necessidades e respostas: a unidade de saúde, os profissionais de apoio, os demais profissionais, até se constituir uma equipe completa.

[...] Se hoje o Ministério da Saúde tem como seu projeto principal o cumprimento da lei e a efetivação da descentralização, é no bojo deste projeto que se encaixa este programa. Não é mais um programa paralelo e descolado do restante: faz parte integrante da descentralização e da municipalização. Enquadra-se na proposta de fazer com que haja no município um gestor único que se habilita a, paulatinamente, ir assumindo suas funções gerenciais sob o controle da sociedade à qual serve (Ministério da Saúde, 1993c: 4-5).

O PISUS foi estruturado em quatro subprogramas: "Unidades de Pronto Atendimento"; "Interiorização do Médico"; "Interiorização do Enfermeiro"; "Agente Comunitário de Saúde".

O subprograma de "Unidades de Pronto Atendimento" tinha como objetivo prover uma unidade de saúde, em cada município contemplado, com condições mínimas de funcionamento e equipada com: sala de imunização, consultório médico, sala de enfermagem, sala de emergência, sala de parto, mínimo de dois leitos de observação e instalações de apoio. Este subprograma pretendia que paulatinamente fossem acoplados outros equipamentos, como consultório odontológico, laboratório, raio X, etc.

Os custos para a reforma ou construção de unidades de saúde ficariam a cargo do Ministério da Saúde e dos Estados, na proporção de 50% para cada um. "*A FUNASA, que mantém inúmeros serviços de saúde em regiões carentes, terá responsabilidade de colocar sua rede física própria, em condições de funcionamento como pré-requisito para o processo de descentralização em curso.*" (Ministério da Saúde, 1993c: 13).

A meta do subprograma de "Interiorização do Médico" consistia na fixação de pelo menos um médico, com residência no respectivo município participante do programa. Os formuladores do PISUS não desconheciam a dificuldade de alcançar esta meta:

Muitos alegam que dificilmente se vá conseguir a presença do médico como morador do local. Acham que questões culturais, sociais e o próprio acesso às facilidades do progresso acabam por interferir, se não no médico, com certeza em seus familiares, de modo a se constituir em óbice irremovível a sua fixação nestes locais. Isto pode ser verdadeiro na tese e na prática, mas vamos investir na criação das condições técnicas mínimas para neutralizar estes óbices. Em primeiro lugar: condições de instalações físicas, interiorização de equipe mínima e pagamento justo pelo ônus. (Ministério da Saúde, 1993c: 7-8).

Para viabilizar esse "pagamento justo", o Ministério da Saúde propunha-se a garantir ao gestor municipal os recursos financeiros para o pagamento de honorários aos médicos. Mediante um contrato formal entre o município e o profissional, a remuneração se daria pela modalidade de pagamento por produção. Para isso, o Ministério se comprometia a realizar o pagamento por produção de consultas, pelo dobro do valor vigente da tabela SUS.

No caso de ocorrer a interiorização de uma dupla de médicos, o contrato e a remuneração deveriam ser divididos entre os dois profissionais, com cargas horárias de 20 horas semanais. *"A garantia do Ministério da Saúde é de pagamento deste total de consultas em valor duplo. O gestor municipal poderá fazer forma de pagamento por produtividade baseado nos valores de tabela de outros procedimentos."* (Ministério da Saúde, 1993c: 8).

Os subprogramas "Interiorização do Enfermeiro" e "Interiorização do Agente Comunitário de Saúde" tinham como objetivo garantir a presença desses dois profissionais na equipe. A remuneração dos enfermeiros também deveria se dar por meio da transferência de *"[...] recursos de produção suficientes, baseados em valores das ações de enfermagem, para que se garanta ao gestor municipal a possibilidade de pagar por contrato ao enfermeiro um mínimo de 10 salários mínimos."* (Ministério da Saúde, 1993c: 9).

No caso dos agentes comunitários de saúde, os municípios teriam que efetuar um contrato por até três anos, com recursos também provenientes de pagamento por produção, com base na tabela de ações específicas dos agentes, garantindo-se remuneração mínima de um salário mínimo.

Caberia aos municípios garantir a moradia para os médicos e enfermeiros, complementar o pessoal mínimo necessário para a unidade de saúde (auxiliar de serviços gerais, auxiliar de escritório e motorista e/ou barqueiro) e o transporte de pacientes intermunicipal, por meio de ambulância ou barco.

As secretarias estaduais de saúde teriam a responsabilidade de monitorar os municípios, *"[...] oferecendo todo o apoio e cooperação técnica. As SES estarão presentes desde a implantação, na habilitação para que estes municípios assumam algum nível de gestão segundo a NOB 01/93 e no acompanhamento através de equipe técnica."* (Ministério da Saúde, 1993c: 14). Também deveriam garantir todo o material de consumo, incluindo medicamentos, vacinas e material médico e de enfermagem.

A implantação do PISUS estava prevista para ocorrer inicialmente na região Norte do país, cobrindo 398 municípios localizados nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, totalizando uma população de 2.035.000 habitantes (Ministério da Saúde, 1993d:1). Pretendia-se que após uma avaliação da implantação nestes estados, o Programa fosse estendido, num prazo máximo de 180 dias, para outras regiões que apresentassem a mesma carência. Estes novos municípios seriam selecionados com a intermediação das secretarias estaduais de saúde:

Os Estados que estiverem interessados neste programa apresentarão estudos ao Ministério da Saúde demonstrando os municípios que não dispõem de

nenhum médico, ou de apenas um médico (situação à qual estenderemos o Programa) e aqueles que dispõem de distritos, distantes da sede, que não têm médico. A primeira e segunda situação serão atendidas de pronto e a questão dos distritos dependerá de avaliação a partir do relatório apresentado pelos Estados.

As SES, igualmente, apresentarão relatórios sobre a rede física nestes locais. A existente e em que condições se encontra e a não existente qual seria a proposta de edificação. Levantamento de custos e cronograma de obras com a contrapartida estadual. (Ministério da Saúde, 1993c: 17).

No entanto, os formuladores do PISUS não atentaram para os riscos que a efetiva implantação do Programa corria, por ter sido proposta no último ano do mandato do governo vigente. Com as eleições presidenciais de outubro de 1994, ou seja, 11 meses após o anúncio do Programa, o PISUS foi abandonado como estratégia de intervenção pelo novo governo, tendo sido extinto pouco mais de um ano depois de sua criação.

Não houve pressão social para que o Programa fosse mantido, uma vez que não havia sequer sido efetivamente implantado. Da mesma forma, faltou apoio político para evitar sua extinção, o que pode ser explicado, em parte, por se tratar de uma proposta originária de outra gestão e pelo baixo grau de articulação com instâncias decisivas para a implantação de estratégias de interiorização, tema que, como já vimos, admite inúmeras e distintas concepções políticas e de compreensão do problema.

Na avaliação de um dos atores entrevistados em estudo realizado por Goulart (2002: 117), "*[...] foi uma experiência que fracassou por ter sido articulada junto aos Estados e não diretamente com os municípios, ao contrário do PACS e do próprio PSF, que tiveram tal componente bem definido e, por isso mesmo, outra trajetória.*"

4.2.2. O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)

Foi com o intuito de promover maior e melhor distribuição de médicos e enfermeiros no país, aperfeiçoar a formação desses profissionais e impulsionar a atenção básica via Programa de Saúde da Família (PSF), que o Ministério da Saúde do Brasil criou, em 2001, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) (Brasil, 2001a).

A proposta foi elaborada por grupo de trabalho criado pela Portaria nº 1.162, de 18 de outubro de 2000, constituído por representantes dos ministérios da Saúde e da Educação, dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Programa Comunidade Ativa e de entidades ligadas às áreas de enfermagem e de medicina (Conselho Federal de Medicina - CFM; Associação Médica Brasileira - AMB; Conselho Federal de Enfermagem - COFEn; Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; Associação Brasileira de Ensino

Médico - ABEM e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM) (Brasil, 2000).

O Programa foi instituído pelo Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, e regulamentado pela Portaria nº 227, de 16 de fevereiro de 2001 (Brasil, 2001a e 2001b). Com uma Coordenação Nacional no Ministério da Saúde e coordenações estaduais, adotou a mesma estratégia de atuação do PSF (inclusive na composição das equipes, formadas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 5 agentes comunitários de saúde). As coordenações estaduais contaram com representantes dos Pólos de Capacitação do PSF⁸, das representações estaduais do PSF e dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

O PITS propunha-se a estimular a ida de médicos e enfermeiros para os municípios mais carentes e distantes, por meio de incentivos financeiros e de formação profissional, assim previstos na Portaria nº 227 (Brasil, 2001b):

curso introdutório de preparação para o desempenho de suas atividades junto ao Programa, com carga horária de 80 horas;

tutoria e supervisão continuadas, participação em cursos, material instrucional e bibliográfico;

curso de especialização em saúde da família, com carga horária de 360 horas, de forma presencial e a distância;

condições adequadas para o desempenho de suas atividades, tais como instalações, equipamentos e insumos;

certificado de participação no Programa;

bolsa mensal, a título de incentivo e ajuda de custo, variando de R\$ 4.000,00 a R\$ 4.500,00, para médicos, e de R\$ 2.800,00 a R\$ 3.150,00, para enfermeiros, de acordo com critérios de distância do município de atuação para a capital e vias de acesso, assim definidos pela Coordenação Nacional;

seguro obrigatório de vida e acidentes pessoais correspondente ao período de participação no Programa;

moradia, alimentação e transporte para o desenvolvimento de suas atividades.

A implantação das bolsas para remuneração dos médicos e enfermeiros, com duração de um ano e renováveis por mais um, se deu mediante a celebração de convênio entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

⁸ Os Pólos de Capacitação destinam-se à formação, capacitação e educação continuada de recursos humanos para o Programa Saúde da Família (PSF). Em geral, estão vinculados a universidades e estruturados a partir de uma ou mais instituições de ensino. Sua criação e funcionamento se dão mediante a celebração de convênios entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e/ou municipais de saúde e as instituições formadoras.

O Curso de Especialização em Saúde da Família foi encomendado aos Pólos de Capacitação do PSF e instituições de ensino superior, tendo como objetivos:

capacitar os profissionais para o processo de gestão local, com ênfase na concepção de saúde coletiva, seguindo os princípios do SUS;

aprimorar a capacidade para o trabalho em equipe e multidisciplinar na perspectiva da abordagem integral dos problemas de saúde;

desenvolver conteúdos programáticos que favoreçam o pronto e adequado diagnóstico de doenças prevalentes nas respectivas localidades de trabalho;

aperfeiçoar a atuação clínica e gerencial de ações para uma apropriada atenção à saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, mediante uma abordagem integral e familiar. As diretrizes pedagógicas centram-se numa metodologia crítico-reflexiva, em que o aluno desempenha um papel ativo na construção de seu próprio conhecimento e atua como agente de mudança. (Ministério da Saúde, 2001: 7)

O curso foi realizado em universidades das capitais dos respectivos estados de localização dos municípios. Os gastos com transporte e diárias para o deslocamento dos médicos e enfermeiros integrantes do PITS ficaram a cargo do Ministério, que também arcou com o seguro de vida e de acidentes pessoais para os profissionais.

Além do curso, o Programa previa tutoria e supervisão para os médicos e enfermeiros, realizadas via Internet e/ou por visitas periódicas de acompanhamento. O Ministério da Saúde deveria arcar com o pagamento dos tutores e com os custos de implantação do acesso à Internet e do material didático (livros de enfermagem e medicina sobre atenção básica e ambulatorial). A remuneração dos tutores e supervisores integrava o mesmo convênio com o CNPq celebrado para o pagamento dos profissionais. A tutoria e a supervisão deveriam se dar ao longo dos 12 meses de atuação dos médicos e enfermeiros no Programa, prevendo-se um tutor médico e um tutor enfermeiro para cada grupo de 10 profissionais.

A habilitação dos municípios no Programa se deu mediante a assinatura de Termo de Compromisso entre a Prefeitura e a Secretaria de Estado de Saúde, homologado pelo Ministério⁹.

Como estímulo para os municípios implantarem o PITS, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria n° 1.069, de 18 de julho de 2001, incentivo financeiro de dez mil reais, por equipe implantada; além de determinar, pela mesma Portaria, que cada município também recebesse o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao PSF e que fôra criado pela Portaria n° 343, em março do mesmo ano (Brasil, 2001c).

A contrapartida dos municípios compreendeu moradia, alimentação e transporte local para os médicos e enfermeiros, além da disponibilidade de unidade básica de saúde para o

⁹ A íntegra do Termo de Compromisso encontra-se disponível em Ministério da Saúde (2001a).

desenvolvimento das atividades. Os municípios deveriam assegurar, ainda, o quantitativo de auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários e suporte para a referência e contra-referência.

O Ministério da Saúde realizou campanha publicitária em jornais, rádios e televisões, para divulgar o PITS e convocar os profissionais para o processo seletivo. Essa seleção se deu por meio de avaliação curricular e entrevista. As inscrições foram efetuadas exclusivamente pela Internet, com o preenchimento de um formulário curricular, pontuado eletronicamente segundo critérios pré-definidos por Comissão Nacional de Seleção, instituída pela Portaria nº 06, de 21 de fevereiro de 2001 (Brasil, 2001d). No ato da inscrição, os candidatos tinham que primeiro dar o aceite eletrônico ao Regulamento do Programa (Brasil, 2001b), onde constavam os direitos e deveres dos profissionais, do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios.

Também na inscrição, a página eletrônica construída especificamente para o processo seletivo permitia que os candidatos tivessem acesso a informações geográficas, demográficas, econômicas, sociais e de saúde sobre cada município. Com base nesse conjunto de informações, o candidato deveria escolher os municípios de sua preferência, que seria obedecida mediante a ordem de classificação obtida no processo seletivo.

No primeiro ano, o número de municípios participantes foi de 151 (Ministério da Saúde, 2001), selecionados segundo os seguintes critérios (Brasil, 2001a):

- população de até 50 mil habitantes;
- não dispor do Programa Saúde da Família;
- apresentar coeficiente de mortalidade infantil igual ou superior a 80/1.000 nascidos vivos;
- ser área de prioridade para o controle de malária, tuberculose ou hanseníase;
- apresentar indicador de consulta médica/habitante/ano igual ou inferior a um;
- ser participante dos programas governamentais Comunidade Ativa ou Projeto Alvorada, de combate à pobreza e à exclusão social.

No primeiro processo seletivo, realizado em fevereiro de 2001, o PITS registrou 15.488 inscrições, sendo 2.370 médicos (15,3%) e 13.118 enfermeiros (84,7%). Foram oferecidas 300 vagas para médico e 300 para enfermeiro (Ministério da Saúde, 2001).

Foram classificados para as entrevistas, pela análise curricular eletrônica, 1.200 médicos e 1.200 enfermeiros, correspondendo a quatro candidatos por vaga, por categoria profissional. Observou-se um absentismo de 45% dos candidatos, o que aliado à falta de comprovação curricular, levou a Coordenação Nacional a convocar, na seqüência da classificação, mais 853 profissionais (777 enfermeiros e 76 médicos), totalizando 3.253

candidatos (Ministério da Saúde, 2001:6). Mais uma vez, registrou-se não comparecimento à entrevista de seleção, falta de comprovação curricular, além de desistências após a aprovação final.

Foram lotados 421 profissionais (70,1% dos 600 previstos), sendo 181 médicos (60,3% das 300 vagas) e 240 enfermeiros (80% dos 300 previstos). O número de equipes por município variava segundo o número de habitantes e a densidade demográfica. Além dos municípios com equipes incompletas (ou seja, sem médico e com enfermeiro), outros 20 municípios não foram escolhidos por qualquer dos profissionais lotados, sendo a maioria localizada na região Norte, ficando, conseqüentemente, sem equipes (Ministério da Saúde, 2001: 6-7).

A população coberta pelo Programa, em 2001, chegou, oficialmente, a 1.536.827 habitantes (Ministério da Saúde, 2002b: 58). No entanto, subentende-se que esse número seja menor, já que não foi subtraída a população dos municípios que ficaram sem profissionais.

Em outubro de 2001, devido a desligamentos e desistências de profissionais e a fim de recompor as vagas existentes, foi feito um segundo processo seletivo para médicos e enfermeiros. Foram preenchidas 34 vagas para médico e 29 para enfermeiro (Ministério da Saúde, 2002c: 3-4).

Novos desligamentos e desistências ocorreram nos meses seguintes. Com isso, ao se completar um ano de atividade dos profissionais no PITS (junho de 2002), a ocupação do total de vagas para médicos diminuiu de 181 (60,3% das 300 vagas) para 165 (54,1% das vagas). No estado do Amazonas, o percentual de preenchimento das vagas para médicos foi de apenas 14%. Já a lotação de enfermeiros passou de 77% para 81,3% de preenchimento das vagas e só não foi de 100% porque vários prefeitos não aceitaram equipes sem médico (Ministério da Saúde, 2002c: 3-5).

Oficialmente, a população coberta pelo Programa passou para 1.590.317, o que representaria um incremento de 3,5% em relação ao início do Programa (que teria sido de 1.536.827 hab., conforme já referido). Entretanto, a mesma observação anteriormente feita é válida também aqui, subentendendo-se que essa cobertura tenha sido menor do que a divulgada, já que apenas 54,1% das vagas para médicos foram ocupadas.

O segundo ano do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde teve início, oficialmente, em agosto de 2002. O Ministério da Saúde publicou duas novas portarias (nº 758 e nº 1.695), com novos dispositivos de regulamentação, a fim de promover ajustes e adequações e ampliar as normas disciplinares (Brasil, 2002b e 2002c).

Também foram alterados os critérios de elegibilidade dos municípios. Houve mudança no recorte do número máximo de habitantes, que passou de 50.000 para 20.000. A região Norte foi dispensada da exigência de não possuir o Programa de Saúde da Família (PSF). O critério de mortalidade infantil passou a variar de acordo com a região de localização do município. Na região Norte, esse coeficiente ficou estabelecido em 30 por mil nascidos vivos, com exceção do estado de Tocantins, que ficou em 50/1.000, mesmo coeficiente definido para o Centro-Oeste e para o estado de Minas Gerais (único da região Sudeste contemplado pelo Programa, assim como ocorrera no primeiro ano). Para o Nordeste foi estabelecido coeficiente mínimo de 60 por mil nascidos vivos. Outra condição passou a ser a ausência de leito hospitalar no município, não exigido para a região Norte. Os demais critérios permaneceram os mesmos (Ministério da Saúde, 2002b).

O Ministério abriu novas inscrições para profissionais interessados em participar do PITS e selecionou novos municípios, além de estimular os de 2001 a renovarem sua participação. O novo processo seletivo obedeceu à mesma metodologia do ano anterior, tendo sido registradas 11.635 inscrições, sendo 9.916 enfermeiros e 1.719 médicos (Ministério da Saúde, 2002b).

O número total de municípios com vagas passou para 216. Desse total, somente pouco mais da metade (56,5%), ou seja, 122 municípios, contavam com profissionais lotados, em junho de 2002 (Ministério da Saúde, 2002b). Esse número deve-se ao não preenchimento de vagas durante o processo seletivo (absenteísmo na entrevista e falta de comprovação curricular) e desistências e desligamentos ao longo do Programa, tanto de profissionais quanto de municípios.

Os prefeitos e os profissionais que já participavam do PITS desde 2001 foram consultados, pela Coordenação Nacional, em junho de 2002, sobre o interesse em permanecer no Programa. Cerca de 30% dos municípios e 17% dos profissionais não responderam à consulta. Dentre os que responderam, o percentual de municípios que manifestaram interesse em prorrogar sua participação por mais um ano foi de 95,5%, muito próximo do percentual dos profissionais, que foi de quase 93% (Ministério da Saúde, 2002b: 58). Entretanto, ao se analisar o banco de dados do Programa, verifica-se que esses profissionais eram, em sua quase totalidade, enfermeiros.

Com as eleições presidenciais de outubro de 2002 e a conseqüente mudança de ministro em janeiro de 2003, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde tornou-se objeto de análise por parte da nova equipe ministerial. Foi realizado um Seminário Nacional de Avaliação, em junho de 2003, cujo resultado levou o Ministério à decisão de iniciar um

processo de reformulação do PITS, com o objetivo de integrá-lo às estruturas do SUS, particularmente à atenção básica, desencadeando a transição do Programa para os sistemas municipais de saúde. A intenção foi assegurar a permanência das equipes nos municípios, que foram estimulados a implantar ou ampliar o Programa de Saúde da Família.

Assim, em 2003, foi incluído um número menor de novos municípios, mantendo-se os que já faziam parte do Programa e tinham interesse em continuar. Da mesma forma, foram abertas menos vagas no processo seletivo do que nos anos anteriores, preferindo-se estimular a permanência dos profissionais aprovados em 2002 e dos poucos remanescentes de 2001, por meio da renovação por mais um ano. Esse estímulo incluía, já desde 2002, um acréscimo de 10% do valor da bolsa recebida.

Em julho de 2004, o Programa foi declarado oficialmente como encerrado. Apenas alguns poucos profissionais ainda se encontravam nos municípios e a medida em que foram completando um ano no Programa, foram retornando, paulatinamente, para suas cidades de origem.

Ao longo dos três anos de implantação do PITS, foram contemplados cerca de 300 municípios, aí incluídos também os que não concluíram o período mínimo de 1 ano de participação. Foram aplicados no primeiro ano R\$ 36, 1 milhões e alocados mais R\$ 70 milhões no orçamento 2002/2003 (Ministério da Saúde, 2002b).

A análise do PITS, como estratégia de intervenção para enfrentar o problema da má distribuição de médicos no país, é realizada no capítulo seguinte deste estudo.

5. ESTUDO DE CASO: O PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (PITS)

5.1. Procedimentos metodológicos

5.1.1. O estudo de caso como estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa adotada nesta investigação é o estudo de caso, que se configura como uma estratégia de investigação de caráter qualitativo.

A abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão e a interpretação de fenômenos sociais, levando em conta o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores envolvidos (Minayo et. al., 2005). É uma abordagem que trata as unidades sociais investigadas como totalidades que desafiam o pesquisador (Martins, 2004).

Deslandes & Gomes (2004) consideram que embora a abordagem qualitativa tenha como foco a compreensão do significado das ações sociais, ela se apóia em diferentes bases disciplinares e metodológicas. Essa característica propicia flexibilidade na escolha das técnicas de coleta de dados, de forma a serem adotadas aquelas mais adequadas à observação que será feita (Martins, 2004).

Conforme postula Yin (2005), a opção pelo estudo de caso como estratégia qualitativa é recomendada quando:

- se colocam indagações do tipo "como" ou "por que";
- o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos;
- o foco do estudo é um fenômeno contemporâneo;
- as fronteiras entre o fenômeno estudado e o contexto no qual está inserido não são muito evidentes.

Em outras palavras, o estudo de caso deve ser empregado quando se deseja cobrir as condições contextuais que cercam o fenômeno a ser investigado. Dessa forma, uma de suas possíveis aplicações é a descrição de uma intervenção e do contexto em que ocorre, o que o diferencia de outras estratégias de pesquisa. Um estudo experimental, por exemplo, deliberadamente dissocia um fenômeno de seu contexto, focando sua atenção sobre uma ou mais variáveis, em geral controladas em laboratório. Um estudo histórico, por sua vez, embora considere o contexto, o faz sobre eventos não contemporâneos. Já os inquéritos, ainda que possam tentar relacionar fenômeno e contexto, possuem características que tornam a investigação sobre o contexto consideravelmente limitada (Yin, 2005).

Assentado na premissa de que um fenômeno e seu contexto nem sempre são plenamente distinguíveis nas situações da vida real, o estudo de caso possibilita que seja considerado um conjunto muito maior de variáveis do que outros tipos de estratégia de pesquisa. Isso significa utilizar múltiplas fontes de evidência, que podem ser de tipo quantitativo e qualitativo, uma vez que o estudo de caso se configura como uma estratégia que compreende diversos aspectos de um mesmo fenômeno (Yin, 2005; Stoecker, 1991).

Assim, uma investigação baseada em estudo de caso, caracteriza-se, do ponto de vista metodológico, por (Yin, 2005: 33):

- lidar com uma situação tecnicamente única, em que haverá muitas variáveis de interesse;
- utilizar várias fontes de evidências;
- beneficiar-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados.

É, portanto, uma estratégia de pesquisa abrangente, que sendo generalizável a proposições teóricas e não a populações ou universos, permite expandir teorias (generalização analítica), mas não enumerar frequências (generalização estatística) (Yin, 2005).

Nesta investigação, optou-se por realizar um *estudo de caso único*, cuja escolha deve obedecer, na avaliação de Yin (2005) a alguns fundamentos lógicos. Aqui, a escolha recaiu sobre o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que como veremos, ajusta-se perfeitamente aos fundamentos propostos por Yin.

O primeiro desses fundamentos consiste em tratar-se de um caso *decisivo*, ou seja, que permita testar as proposições que a literatura levanta sobre o fenômeno investigado. Por ser a iniciativa governamental mais recente, criada especificamente para intervir sobre a má distribuição geográfica de médicos no país, e ter sido efetivamente implantada, contando com expressiva participação desses profissionais, o PITS se torna, sem dúvida, um caso decisivo para os que pretendem aprofundar o conhecimento sobre o tema.

Essas mesmas características o qualificam como *representativo* ou *típico*, fundamento lógico que se refere à capacidade do caso escolhido fornecer muitas informações e lições sobre o fenômeno investigado.

Seu potencial para permitir o desvendamento de aspectos e condições acerca do objeto de estudo previamente inacessíveis ao pesquisador, o enquadram em mais um fundamento: o de ser um caso *revelador*.

Por fim, como o estudo analisou o PITS em seus três anos de existência, foi atendido o fundamento lógico de tratar-se de um caso *longitudinal*, em que é possível estudar o mesmo caso único em dois ou mais pontos diferentes do tempo.

5.1.2. Fases, instrumentos e fontes de dados

O estudo foi realizado no período de julho de 2004 a dezembro de 2005 e consistiu de pesquisa documental e análise de dados primários e secundários.

A primeira fase do estudo constou de pesquisa documental sobre o processo de formulação, implementação e implantação do PITS. Foram consultados documentos oficiais, legislação, relatórios, publicações técnicas e científicas e jornais de grande circulação. O objetivo foi obter dados e informações sobre as ações e intervenções do Ministério da Saúde, bem como sobre o contexto político e institucional que envolveu o PITS e a inserção dos demais atores.

Parte da pesquisa documental foi facilitada pela condição do autor do estudo como Diretor Técnico responsável pela Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do SUS (CGPRH/SUS/MS), na ocasião da formulação do PITS.

A segunda fase foi dedicada ao estudo da implantação do PITS. Foram analisados os dados secundários dos bancos de dados gerenciais do Programa, produzidos no período de 2000 a 2004. Os dados disponíveis nesses bancos, cujo acesso foi autorizado pelo Ministério da Saúde, permitiram levantar:

- os municípios contemplados pelo Programa;
- o perfil demográfico, profissional e de formação dos médicos inscritos e dos selecionados;
- a origem geográfica dos médicos inscritos e dos selecionados e suas respectivas escolhas de lotação nos municípios do Programa;
- a composição das equipes de saúde interiorizadas pelo PITS;
- a permanência, desistência, abandono ou desligamento de médicos do Programa e seu respectivo perfil.

Nessa fase, o estudo também levantou dados primários junto aos médicos que se inscreveram e/ou atuaram no PITS e junto a formuladores e gestores do Programa. No caso dos médicos, a obtenção dos dados se deu por meio de um questionário, construído especificamente para este fim. Souza et. al. (2005) consideram que, como instrumento de pesquisa, o questionário se configura como um dispositivo normatizado e padronizado, que tem como finalidade captar a presença ou ausência de determinada característica ou atributo

no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que essa característica ou atributo se distribui em um dado grupo.

O questionário foi construído em duas versões, ambas compostas por perguntas de múltipla escolha e sem variáveis de identificação pessoal. A primeira versão, com 10 questões e apresentada no Anexo 1, destinava-se aos médicos que estavam em uma das seguintes situações: (1) ainda atuando no PITS; (2) já tendo concluído sua participação; (3) desistido após já estar atuando no Programa; (4) desligado pela Coordenação Nacional. A segunda versão (Anexo 2) destinava-se aos profissionais que haviam desistido durante o processo seletivo ou antes de se deslocarem para o município onde iriam atuar. Nesse caso, o número total de perguntas reduzia-se para 7. As cinco primeiras perguntas foram comuns para os dois grupos.

O envio do questionário se deu por correio eletrônico, obedecendo aos seguintes procedimentos:

1. com a cooperação do Ministério da Saúde, foi enviada, em julho de 2004, pela própria coordenação do PITS, uma mensagem eletrônica a esses profissionais, cujos endereços de *e-mail* constam dos bancos de dados do Programa;
2. a mensagem (Anexo 3) informava sobre a realização do estudo e solicitava a colaboração para responder o questionário a partir de um *link* disponível na própria mensagem, podendo ser acessado até o mês de setembro de 2004;
3. os dois procedimentos visaram preservar a privacidade e o sigilo de identificação dos profissionais, garantidos pelo regulamento do PITS; dessa forma, o pesquisador não teve acesso ao endereço eletrônico dos médicos, nem ao enviar nem ao receber o questionário;
4. o *link* de acesso abria o questionário como um formulário *web* (caso o profissional respondesse, na questão nº 3, que havia desistido de participar do PITS durante o processo seletivo ou antes de se deslocar para o município onde iria atuar, abria-se automaticamente a segunda versão do questionário, específica para esses dois grupos);
5. ao finalizar o preenchimento, bastava ao profissional clicar na opção "enviar";
6. a opção "enviar" fazia com que as respostas de cada item do questionário fossem, imediata e automaticamente, lançadas em um banco de dados de acesso exclusivo do pesquisador e sua equipe;

7. terminado o prazo de resposta, os dados foram automaticamente consolidados a partir de procedimentos de programação internos ao próprio banco de dados.

Responderam ao questionário 275 médicos, distribuídos segundo diversas possibilidades de inserção no Programa, conforme mostra a tabela 29. Nela vemos que cerca de metade dos respondentes é de profissionais que desistiram durante o processo seletivo e a outra metade se divide entre os que desistiram antes de ir para os municípios (22,9%), os que concluíram sua participação (10,9%), os que desistiram após já estarem atuando no Programa (9,5%), os que ainda atuavam (4,4%) e os que foram desligados (4%).

Tabela 29 . Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, por situação no PITS

Situação no PITS	Nº	%
Atua no Programa	12	4,4
Concluiu sua participação	30	10,9
Desistiu durante o processo seletivo	133	48,3
Desistiu antes de ir para o município	63	22,9
Desistiu depois de estar atuando no Programa	26	9,5
Desligado	11	4,0
Total	275	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

A distribuição desses profissionais por ano de inscrição, faixa etária, região e Unidade da Federação de naturalidade e região e UF de atuação no PITS também apresenta boa representatividade, como pode ser observado nas tabelas 30 a 34.

Tabela 30. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo o ano de inscrição/atuação e situação no PITS

Ano (*)	Situação no PITS									
	Desistiram antes de atuar (**)		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2001	72	34,0	16	15,4	9	19,2	5	29,4	102	26,8
2002	79	37,2	32	30,8	18	38,3	6	35,3	135	35,5
2003	60	28,3	28	26,9	16	34,0	5	29,4	109	28,7
2004	1	0,5	28	26,9	4	8,5	1	5,9	34	8,9
Total	212	100,0	104	100,0	47	100,0	17	100,0	380	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Permitido marcar mais de uma alternativa.

(**) Corresponde à soma dos grupos "Desistiu durante o processo seletivo" e "Desistiu antes de ir para o município".

Tabela 31. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, por faixa etária e situação no PITS

Faixa etária	Situação no PITS									
	Desistiram antes de atuar (*)		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 25 anos	2	1,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	3	1,1
De 25 a 35 anos	96	49,0	12	28,6	10	38,4	1	9,1	119	43,3
De 36 a 45 anos	49	25,0	17	40,4	8	30,8	6	54,5	80	29,1
Mais de 45 anos	49	25,0	12	28,6	8	30,8	4	36,4	73	26,5
Total	196	100,0	42	100,0	26	100,0	11	100,0	275	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Corresponde à soma dos grupos "Desistiu durante o processo seletivo" e "Desistiu antes de ir para o município".

Tabela 32. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, por região de naturalidade e situação no PITS

Região de naturalidade	Situação no PITS									
	Desistiram antes de atuar (*)		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	18	9,1	8	19,0	7	27,0	2	18,2	35	12,7
Nordeste	53	27,0	15	35,8	11	42,2	3	27,3	82	29,8
Centro-Oeste	14	7,1	2	4,8	1	3,8	0	0,0	17	6,2
Sudeste	88	45,0	11	26,1	7	27,0	5	45,4	111	40,4
Sul	21	10,8	6	14,3	0	0,0	0	0,0	27	9,8
Exterior	2	1,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	3	1,1
Total	196	100,0	42	100,0	26	100,0	11	100,0	275	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Corresponde à soma dos grupos "Desistiu durante o processo seletivo" e "Desistiu antes de ir para o município".

Tabela 33. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, por Unidade da Federação de naturalidade e situação no PITS

Região de naturalidade	Unidade da Federação	Situação no PITS							
		Desistiram antes de atuar (*)		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	Acre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	18,2
	Amapá	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
	Amazonas	4	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Pará	10	5,1	5	11,8	7	27,0	0	0,0
	Rondônia	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Roraima	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Tocantins	2	1,0	2	4,8	0	0,0	0	0,0
Subtotal		18	9,1	8	19,0	7	27,0	2	18,2
NORDESTE	Alagoas	5	2,6	1	2,4	1	3,8	0	0,0
	Bahia	12	6,1	3	7,1	0	0,0	0	0,0
	Ceará	6	3,1	4	9,5	2	7,7	0	0,0
	Maranhão	2	1,0	1	2,4	2	7,7	1	9,1
	Paraíba	11	5,6	2	4,8	2	7,7	0	0,0
	Pernambuco	11	5,6	2	4,8	2	7,7	2	18,2
	Piauí	1	0,5	1	2,4	1	3,8	0	0,0
	Rio Grande do Norte	3	1,5	0	0,0	1	3,8	0	0,0
Subtotal		53	27,0	15	35,8	11	42,2	3	27,3
CENTRO-OESTE	Distrito Federal	7	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Goiás	2	1,0	2	4,8	1	3,8	0	0,0
	Mato Grosso	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Mato Grosso do Sul	3	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Subtotal		14	7,1	2	4,8	1	3,8	0	0,0
SUDESTE	Espírito Santo	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Minas Gerais	4	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Rio de Janeiro	52	26,6	6	14,2	5	19,3	2	18,2
	São Paulo	31	15,9	5	11,9	2	7,7	3	27,2
Subtotal		88	45,0	11	26,1	7	27,0	5	45,4
SUL	Paraná	2	1,0	5	11,9	0	0,0	0	0,0
	Santa Catarina	13	6,7	1	2,4	0	0,0	0	0,0
	Rio Grande do Sul	6	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Subtotal		21	10,8	6	14,3	0	0,0	0	0,0
Exterior		2	1,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1
BRASIL		196	100,0	42	100,0	26	100,0	11	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Corresponde à soma dos grupos "Desistiu durante o processo seletivo" e "Desistiu antes de ir para o município".

Tabela 34. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no PITS e Unidade da Federação onde atuaram por mais tempo

Região de atuação	Unidade da Federação	Situação no PITS									
		Desistiram antes de atuar (*) (**)		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	AC	3	1,5	4	9,5	0	0,0	2	18,2	9	3,3
	AP	8	4,1	1	2,4	2	7,8	1	9,1	12	4,4
	AM	14	7,1	1	2,4	2	7,8	1	9,1	18	6,5
	PA	10	5,1	6	14,2	7	27,0	0	0,0	23	8,4
	RO	6	3,1	1	2,4	1	3,8	0	0,0	8	2,9
	RR	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7
	TO	10	5,1	2	4,8	1	3,8	0	0,0	13	4,7
Subtotal		53	27,0	15	35,7	13	50,2	4	36,4	85	30,9
NORDESTE	AL	3	1,5	1	2,4	1	3,8	0	0,0	5	1,8
	BA	21	10,8	4	9,5	0	0,0	1	9,1	26	9,5
	CE	10	5,1	3	7,1	3	11,6	1	9,1	17	6,2
	MA	6	3,1	3	7,1	2	7,7	3	27,2	14	5,1
	PB	13	6,6	1	2,4	2	7,7	0	0,0	16	5,8
	PE	13	6,6	3	7,1	1	3,8	0	0,0	17	6,2
	PI	3	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,1
	RN	11	5,6	2	4,8	1	3,8	0	0,0	14	5,1
SE	1	0,5	1	2,4	0	0,0	1	9,1	3	1,1	
Subtotal		81	41,3	18	42,8	10	38,4	6	54,5	115	41,8
CENTRO-OESTE	GO	4	2,0	2	4,8	1	3,8	0	0,0	7	2,5
	MT	5	2,6	1	2,4	0	0,0	1	9,1	7	2,5
	MS	4	2,0	1	2,4	1	3,8	0	0,0	6	2,2
Subtotal		13	6,6	4	9,6	2	7,6	1	9,1	20	7,3
SUDESTE	MG	13	6,6	2	4,8	1	3,8	0	0,0	16	5,8
Subtotal		13	6,6	2	4,8	1	3,8	0	0,0	16	5,8
Ignorado		36	18,5	3	7,1	0	0,0	0	0,0	39	14,2
BRASIL		196	100,0	42	100,0	26	100,0	11	100,0	275	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Neste caso, refere-se à região que o profissional escolheu para atuar.

(**) Corresponde à soma dos grupos "Desistiu durante o processo seletivo" e "Desistiu antes de ir para o município".

Para o levantamento de dados primários junto a formuladores e gestores do PITS foram escolhidos atores que, quando da formulação do Programa, representavam a então Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), além dos atores que, com a extinção da SPS, passaram a responder pela nova Secretaria de Gestão

do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que obedeceram ao roteiro temático apresentado no Anexo 4, com o objetivo de identificar aspectos políticos e operacionais envolvidos no campo do objeto de estudo.

Os depoimentos foram gravados em áudio, com conhecimento e autorização dos entrevistados, aos quais foram fornecidas informações prévias sobre o estudo, seus objetivos e sua inserção institucional. A lista dos entrevistados encontra-se no Anexo 5.

O roteiro adotado foi do tipo *focalizado*, que como explicam Souza et. al. (2005), é composto por uma lista de questões que a princípio serão submetidas a todos os entrevistados, mas que permite ao entrevistador ou entrevistado explorar mais determinada temática, relato de experiência ou ponto de vista. O roteiro assim construído possibilita que o pesquisador conduza a entrevista estando aberto a novas descobertas, e ao mesmo tempo, não perca o foco nas questões previamente definidas como de especial interesse para o estudo.

Ainda segundo Souza et. al. (2005), por se tratar de instrumento para investigação qualitativa, o roteiro pode ser modificado durante o processo interativo em campo, quando o pesquisador percebe que determinados temas, não previstos, estão sendo colocados pelo entrevistado, que a eles atribui significância. Essas modificações não são indesejáveis, nem devem causar preocupação metodológica, já que na abordagem qualitativa não se quantificam respostas, sendo o objetivo buscar o ponto de vista dos entrevistados a respeito dos temas em questão. Assim, a unidade de significado não é composta pela soma das respostas de cada indivíduo para formar uma relevância estatística, mas se constrói por significados que conformam uma lógica própria daquele grupo ou mesmo múltiplas lógicas (Souza et. al., 2005; Minayo, 2004).

Além dos questionários e das entrevistas, outra fonte primária utilizada para obter dados, tanto sobre a perspectiva dos médicos quanto dos formuladores e gestores do Programa, foi o Fórum virtual criado pela Coordenação Nacional do PITS para comunicação com e entre esses atores. Hospedado na página eletrônica do DATASUS, o Fórum foi acessado pelo pesquisador livremente, sem que a ferramenta solicitasse qualquer tipo de senha¹⁰. Foi acessado todo o acervo ali disponível, composto por 352 mensagens, cobrindo o período de 28 de outubro de 2003 a 01 de abril de 2005. Foram utilizados trechos das

¹⁰ O acesso foi realizado em dezembro de 2005, quando o Fórum, ao que parece, já se encontrava desativado, o que pode ser deduzido pelo fato da última mensagem disponível estar datada de 01 de abril daquele ano. O Fórum foi localizado por meio do *site* de busca Google, digitando-se a palavra "PITS". Por estar disponível no Google e sem a solicitação de senha, entende-se que se trata de conteúdo de domínio público. Em 2006, a mesma busca continuava levando ao Fórum, como pode ser conferido no Anexo 6, permanecendo a entrada sem senha.

mensagens no estudo, sem identificação de seus autores, tendo sido feitas, nas citações, a correção de erros de digitação, ortográficos e de pontuação.

A etapa seguinte consistiu da análise dos dados primários e secundários. Esse conjunto de dados foi examinado, categorizado e classificado, recombinao evidências quantitativas e qualitativas, tendo como eixo norteador os objetivos do estudo, a revisão da literatura e a condição do estudo de caso como um dos *inputs* da contribuição teórica que este trabalho se propõe a oferecer¹¹.

Os resultados são apresentados cotejando, portanto, os diversos procedimentos metodológicos adotados, fazendo dialogar a bibliografia, os achados da revisão documental (fórum e documentos técnicos) e os dados qualiquantitativos primários e secundários (questionário, entrevistas e bancos de dados).

A análise procurou identificar os fatores e evidências envolvidos no "como" e no "por que" médicos e gestores participaram de uma iniciativa destinada a minimizar a má distribuição de médicos no país tendo a interiorização como estratégia.

5.2. Análise da experiência

5.2.1. Os municípios contemplados

Ao longo da implantação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, houve permanentes mudanças na lista de municípios participantes, tanto por desistência de alguns prefeitos quanto por desligamentos efetuados pela Coordenação Nacional em função do não cumprimento da contrapartida municipal. Neste estudo foi tomada como recorte a situação do banco de dados do PITS em novembro de 2002, quando essas mudanças já estavam fechadas para o ano de 2001, mais estáveis para 2002 e com definição dos municípios a serem incluídos em 2003.

Considerando-se os três anos, o Programa cobriu 272 municípios, localizados nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste (norte do estado de Minas Gerais). A listagem nominal desses municípios encontra-se no Anexo 7.

A tabela 35 mostra que a maioria dos municípios era das regiões Nordeste (46,32%) e Norte (45,22%). Os estados do Maranhão e Pará foram os que tiveram maior número de municípios contemplados pelo Programa, com, respectivamente, 15,81% e 13,24% do total de cidades participantes.

¹¹ O capítulo seis é dedicado à sistematização e apresentação dessa contribuição.

O perfil desses municípios é dado pelas próprias características demográficas, epidemiológicas e da rede de serviços de saúde que os tornaram elegíveis para participar do PITS, já mencionadas no capítulo anterior. Portanto, aqui serão destacados alguns outros aspectos considerados relevantes para a análise pretendida.

Tabela 35. Distribuição dos municípios contemplados pelo PITS, no período de junho/01 a junho/03, por Região e Unidade da Federação

Região e Unidade da Federação	Municípios	
	Nº	%
NORTE		
AC	15	5,5
AM	31	11,4
AP	14	5,2
PA	36	13,2
RO	8	2,9
RR	6	2,2
TO	13	4,8
Subtotal	123	45,2
NORDESTE		
AL	1	0,4
BA	17	6,3
CE	13	4,8
MA	43	15,8
PB	17	6,3
PE	12	4,4
PI	8	2,9
RN	11	4,0
SE	4	1,5
Subtotal	126	46,3
CENTRO-OESTE		
GO	3	1,1
MS	3	1,1
MT	3	1,1
Subtotal	9	3,3
SUDESTE		
MG	14	5,2
Subtotal	14	5,2
TOTAL	272	100

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Dentre os 272 municípios participantes do PITS, o menos populoso, segundo dados do Censo Demográfico de 2000, foi Coxixola, na Paraíba (com 1.422 hab.), sendo Portel, no Pará, o de maior população, com 38.043 habitantes (tabela 36). A maioria dos municípios

tinha mais de 10 a 20 mil habitantes (cerca de 41%), vindo logo em seguida a faixa de mais de 5 a 10 mil, com 30,9%.

Eram municípios com baixa densidade demográfica (tabela 37). Em mais da metade deles (51,5) havia, no máximo, 10 hab./km², estando incluídos nesse percentual cerca de 14% de municípios com menos de 1 habitante por quilômetro quadrado. A maior densidade demográfica não ultrapassava os 145 hab./km², registrada em Itaquitinga - PE.

Tabela 36. Distribuição dos municípios contemplados pelo PITS, segundo n° de habitantes, em 2000

Habitantes	N°	%
Menos de 2 mil hab.	1	0,4
De 2 a 5 mil hab.	49	18,0
Mais de 5 a 10 mil hab.	84	30,9
Mais de 10 a 20 mil hab.	111	40,8
Mais de 20 a 30 mil hab.	17	6,3
Mais de 30 a 40 mil hab.	10	3,7
Total	272	100

Fonte: Bancos de dados do PITS e Censo Demográfico de 2000/IBGE.

Tabela 37. Distribuição dos municípios contemplados pelo PITS, segundo densidade demográfica, em 2000

Densidade demográfica	N°	%
Menos de 1 hab./km ²	37	13,6
De 1 a 5 hab./km ²	68	25,0
Mais de 5 a 10 hab./km ²	35	12,9
Mais de 10 a 50 hab./km ²	113	41,5
Mais de 50 a 145 hab./km ²	19	7,0
Total	272	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS e Censo Demográfico de 2000/IBGE.

Quando do início do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, o rendimento nominal médio da população com 10 anos ou mais de idade, nos municípios contemplados, era de no máximo 5 salários-mínimos. Apenas 6,6% dos municípios enquadravam-se nessa faixa máxima de rendimento, estando a maioria (66,5%) na faixa de 1 a 2 salários-mínimos.

O baixo rendimento aliava-se à baixa escolarização: em cerca de 77% dos municípios mais de 30% da população com 5 anos ou mais de idade era analfabeta (tabela 38). Esse percentual chegava a atingir 65% de analfabetos em quase 11% dos municípios do PITS.

A infra-estrutura urbana de serviços também é precária. Cerca de 48% dos municípios integrantes do PITS ainda não contavam, no ano de 2000, com energia elétrica. Esse mesmo percentual se repete no que se refere à inexistência de rede telefônica fixa. A quase totalidade

deles (87,9%) não possuía agências bancárias e aproximadamente a metade (49,6%) não tinha agência dos Correios.

Essas e outras características, inclusive aquelas que tornaram esses municípios elegíveis para participar do Programa, estavam à disposição dos profissionais na página eletrônica em que foram feitas as inscrições. Assim, os profissionais tinham clareza sobre as precárias condições gerais de habitabilidade dessas cidades. Esse dado é importante e será retomado em diferentes momentos dessa análise.

Tabela 38. Distribuição dos municípios contemplados pelo PITS, segundo taxa de alfabetização da população com 5 anos ou mais de idade, em 2000

Alfabetização	Nº	%
De 15 a 20% de população analfabeta	11	4,0
Mais de 20 a 30% de população analfabeta	52	19,1
Mais de 30 a 50% de população analfabeta	180	66,2
Mais de 50 a 65% de população analfabeta	29	10,7
Total	272	100

Fonte: Bancos de dados do PITS e Censo Demográfico de 2000/IBGE.

5.2.2. Os médicos no PITS

Para analisar a situação dos médicos no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, foram utilizadas quatro fontes de dados já descritas na seção 5.1.2: os bancos de dados do Programa, o conteúdo do fórum, as entrevistas com os formuladores e gestores do PITS e o questionário aplicado por este estudo. Os bancos de dados foram usados para a construção do perfil dos profissionais, apresentado sob a forma de tabelas. O conteúdo do fórum e das entrevistas é explorado por meio de citações dos depoimentos ali registrados. O questionário, por sua vez, teve seus resultados tabulados e apresentados como tabelas.

Os processos seletivos realizados pelo PITS, ao longo dos anos de 2001, 2002 e 2003, totalizaram 4.666 inscrições de médicos, já excluídos os que não compareceram à etapa de entrevista do processo seletivo ou não efetivaram a comprovação curricular (tabela 39).

Quase metade desses profissionais se inscreveu no processo seletivo de 2001. A cada ano foi diminuindo o número de médicos que se interessaram em participar do Programa. Se no primeiro ano o PITS conseguiu despertar o interesse de 2.284 médicos, em 2002 esse número caiu para 1.716 e em 2003 foi de apenas 666, revelando que o Programa foi se tornando cada vez menos atrativo para os médicos. Foram vários os fatores que determinaram essa perda de interesse pelo PITS, os quais serão explorados e analisados ao longo desse capítulo.

Tabela 39. Distribuição dos médicos inscritos no PITS, por ano

Ano	Médicos inscritos	
	Nº	%
2001	2284	48,9
2002	1716	36,8
2003	666	14,3
Total	4666	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Quando indagados, no questionário aplicado por este estudo, sobre o que os atraiu para se inscreverem no Programa, os médicos destacaram o curso de especialização (18,8%), a remuneração oferecida (17,6%), o fato de se tratar de um Programa do Ministério da Saúde (16,6%) e de funcionar nos mesmos moldes do PSF (16,1%), além da possibilidade de conhecer outras áreas do país (15,8%) (tabela 40). No entanto, quando se comparam os grupos de profissionais de acordo com sua situação no Programa, observa-se que aqueles que desistiram antes de atuar no PITS consideraram a remuneração como o fator mais atrativo, ao contrário dos que concluíram sua participação ou desistiram depois, para os quais o curso de especialização é que foi mais determinante no seu interesse em participar do PITS. No caso dos que foram desligados, o curso de especialização ficou empatado como fator mais relevante com dois outros fatores: o fato de ser um Programa do Ministério e a possibilidade de conhecer outras áreas do país.

Em nenhum dos três anos, o PITS conseguiu preencher o número inicial de 300 vagas para médicos, mesmo tendo sido chamados todos os médicos que obtiveram qualquer ordem de classificação no Programa, como mostra a tabela 41. Essa chamada se deveu aos elevados percentuais de desistência dos profissionais antes de irem para os municípios de lotação (91,7% em 2001, 88,6% em 2002 e 87,2% em 2003).

Ao serem indagados, no questionário aplicado por este estudo, sobre o que os levou a desistir (tabela 42), esses médicos apresentaram como principais fatores o surgimento de outra oportunidade profissional (32,9%) e motivos pessoais ou familiares (30,8%). Mas é expressivo o percentual dos que atribuíram sua desistência à "falhas na organização do Programa, levando ao descrédito", que totalizam quase 15%.

Em virtude dessas desistências, a já referida tabela 41 mostra que os percentuais de lotação foram muito baixos em relação ao número de inscrições validadas (8,3% em 2001, 11,4% em 2002 e 12,8% em 2003). Dos 4.666 médicos que se inscreveram no PITS, ao longo dos três anos de atividade do Programa, foram lotados nos municípios somente 469. Foi em

2002 que o PITS conseguiu lotar o maior número de médicos (195). Em 2001, esse número foi de 189 e, em 2003, de apenas 85 profissionais.

Tabela 40. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo os fatores que os atraíram para se inscreverem no PITS, por situação no Programa

Fatores de atração (*)	Situação no PITS									
	Desistiram antes de atuar (**)		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A necessidade de emprego (estava desempregado)	32	6,3	8	6,1	0	0,0	1	3,7	41	5,5
A remuneração	94	18,6	20	15,3	15	18,5	3	11,1	132	17,6
O curso de especialização	85	16,7	29	22,1	21	26,0	6	22,2	141	18,8
A tutoria	20	3,9	5	3,8	1	1,2	0	0,0	26	3,5
A garantia de moradia e transporte gratuitos	23	4,5	8	6,1	2	2,5	1	3,7	34	4,6
Ser um Programa do Ministério da Saúde	76	15,0	24	18,3	18	22,2	6	22,2	124	16,6
Funcionar nos moldes do Programa de Saúde da Família	82	16,1	20	15,3	14	17,3	4	14,9	120	16,1
A experiência de conhecer outras áreas do país	87	17,1	16	12,2	9	11,1	6	22,2	118	15,8
Atuar profissionalmente com comunidades carentes	9	1,8	1	0,8	1	1,2	0	0,0	11	1,5
Total	508	100,0	131	100,0	81	100,0	27	100,0	747	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Permitido marcar mais de uma alternativa.

(**) Corresponde à soma dos grupos "Desistiu durante o processo seletivo" e "Desistiu antes de ir para o município".

Tabela 41. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa e ano

Ano	Situação no PITS							
	Inscritos		Aprovados					
			Desistiram antes da lotação		Lotados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2001	2284	48,9	2095	91,7	189	8,3	2284	100,0
2002	1716	36,8	1521	88,6	195	11,4	1716	100,0
2003	666	14,3	581	87,2	85	12,8	666	100,0
Total	4666	100,0	4197	89,9	469	10,1	4666	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Ao contrário do que se esperava quando o PITS foi formulado, quando se acreditava que o Programa atrairia preferencialmente recém-formados, o que se observa, na tabela 43, é que quase a metade dos inscritos (46,7%) tinha mais de 10 anos de formado, sendo 34,9% com mais de 15 anos. Aqueles que desistiram antes da lotação possuíam perfil semelhante, mas os que efetivamente participaram do Programa e chegaram a atuar nos municípios se concentram na faixa de mais de 15 anos de formados (41,6%). Esse percentual é cerca de 10 pontos percentuais superior ao encontrado no estudo "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família", segundo o qual 32% dos médicos do PSF têm mais de 15 anos de formados (Machado, 2000).

Tabela 42. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário e desistiram durante o processo seletivo ou antes de ir para os municípios, segundo os fatores que os levaram a desistir de participar do PITS

Fatores	Médicos	
	Nº	%
Motivos pessoais ou familiares	90	30,8
Outra oportunidade profissional	96	32,9
Receio de não me adaptar à mudança	35	12,0
Não ter obtido classificação para atuar no município ou Unidade da Federação desejados	29	9,6
Falhas na organização do Programa, levando ao descrédito	43	14,7
Total	293	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

Tabela 43. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa e tempo de formado - 2001 a 2003

Tempo de formado	Situação no PITS					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 01 ano	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Entre 1 e 2 anos	436	9,3	400	9,5	38	8,1
Mais de 2 a 5 anos	847	18,2	763	18,2	89	19,0
Mais de 5 a 10 anos	998	21,4	903	21,5	101	21,5
Mais de 10 a 15 anos	551	11,8	507	12,1	46	9,8
Mais de 15 anos	1631	34,9	1447	34,5	195	41,6
Ignorado	203	4,4	177	4,2	0	0,0
Total	4666	100,0	4197	100,0	469	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Conseqüentemente, embora o Programa tenha atraído médicos de todas as idades, a maioria dos inscritos estava na faixa dos 30 aos 40 anos (36,3%), como mostra a tabela 44. Mas quando são somadas as faixas etárias acima dos 40 anos, observa-se que quase 40% dos médicos que se interessaram em participar do Programa tinham mais de 40 anos. Analisando-se os dois extremos das faixas etárias, verifica-se que os mais jovens (abaixo dos 30 anos) somavam cerca de 23% e, em contraponto, os que possuíam mais de 50 anos de idade totalizavam 18,6%.

Em artigo em que faz referência ao primeiro ano de implantação do PITS, Santos (2001) destaca esse perfil etário dos médicos que se interessaram em participar do Programa:

Vários milhares de médicos inscreveram-se já no primeiro mês, e o fato que mais chamou a atenção é que por volta de metade dos inscritos são da faixa etária dos 30 aos 50 anos, isto é, quando em situação normal deveriam se encontrar estáveis no apogeu do seu exercício profissional, incluindo os cônjuges e filhos. O grau de insatisfação com a prática médica atual e de disposição para a ruptura com o "status quo" fica evidente. (Santos, 2001: 147-148).

Na mesma tabela é possível verificar que mais uma vez esse perfil se repete entre os que desistiram antes da lotação e é mais acentuado entre os lotados, onde o expressivo percentual de 23,2% tinham mais de 50 anos.

Esse perfil etário coincide com os achados do estudo "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família", pesquisa já referida em outros momentos deste trabalho e que revela uma alta concentração de médicos do PSF na faixa entre 30 a 49 anos (66,62%) (Machado, 2000). Na faixa mais jovem (de até 29 anos), encontram-se apenas 19,12% dos médicos do Programa de Saúde da Família, percentual quase semelhante aos 18,1% dos médicos lotados no PITS que se encontravam nessa mesma faixa etária.

Tabela 44. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa e faixa etária - 2001 a 2003

Faixa etária	Situação no PITS					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 30 anos	1080	23,1	997	23,8	85	18,1
Entre 30 e 40 anos	1689	36,3	1532	36,5	161	34,4
Entre 41 e 50 anos	990	21,2	879	20,9	114	24,3
Mais de 50 anos	868	18,6	762	18,2	109	23,2
Ignorado	39	0,8	27	0,6	0	0,0
Total	4666	100,0	4197	100,0	469	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

No caso do PITS, é possível afirmar, pelas mensagens disponíveis no Fórum, que parte desses profissionais que se encontravam na faixa etária acima dos 40 anos e possuíam mais de 10 anos de formados – estando, portanto, no que Machado (1997) denomina de *fase de consolidação profissional* e tendo ultrapassado a *fase de afirmação profissional* – optaram por atuar no Programa em busca de um estilo de vida mais interiorano e distante do estresse das grandes cidades.

MENSAGEM 1:

[...] o lugar onde trabalho tem 9.763 habitantes, são pessoas que ainda têm um certo grau de dignidade, é uma cidade onde você pode sair na rua a qualquer hora da noite ou do dia sem receio algum, onde você sai e deixa o portão aberto e às vezes a porta da casa e volta no fim da tarde e está tudo no lugar. Quase todos os dias pela manhã acordo com uma senhora de 76 anos me levando frutas amadurecidas no pé. Onde nunca encontrei uma pessoa pedindo esmola, apesar de toda pobreza que existe; onde na época de caju todos os dias recebo doces variados de presentes; onde na semana santa recebo farinha nativa, tapioca com castanha, beiju; onde no inverno as pessoas deixam milho verde, pamonha e milho assado na minha casa; onde posso armar uma rede na varanda e olhar a lua e sentir a brisa fresquinha e nas noites sem lua ver todas as estrelas e ficar contando os satélites que percorrem o céu; onde abro a porta às cinco horas para pegar abacate, goiaba, acerola, manga e outras frutas. Às vezes me pergunto: mandaram-me para um município muito difícil de viver ou para o paraíso? A solidariedade entre as pessoas é tamanha em termos de divisão de comida e de prestar favores aos vizinhos com dificuldade. A religiosidade é outro fato marcante. Sinto como se lá fosse o ano inteiro o espírito da solidariedade e não só no Natal, como na civilização. Sinto-me tão bem que agradeço a Deus todos os dias por estar lá. Pra mim foi uma melhora muito grande na minha qualidade de vida e uma lição de vida atrás da outra.

A tabela 45 revela que tanto os médicos que se inscreveram para participar do PITS, quanto os que desistiram antes da lotação e os efetivamente lotados eram, em sua maioria, do sexo masculino, apresentando percentuais semelhantes aos 55,95% de médicos homens atuando no Programa de Saúde da Família, conforme dados da pesquisa de Machado (2000).

Tabela 45. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa e sexo - 2001 a 2003

Sexo	Situação no PITS					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	1892	40,6	1686	40,2	207	44,1
Masculino	2597	55,6	2336	55,6	262	55,9
Ignorado	177	3,8	175	4,2	0	0,0
Total	4666	100,0	4197	100,0	469	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Cerca de 44% dos médicos inscritos e dos que desistiram antes da lotação eram casados; já entre os lotados esse percentual sobe para 51% (tabela 46).

O PITS atraiu médicos provenientes de todos os estados do país, mas com diferenças significativas no grau de interesse demonstrado, particularmente quando essa análise é feita por região (tabela 47). A maioria residia na região Sudeste ao se inscrever no Programa (38,0%), mesma região de origem da maior parte dos que desistiram antes da lotação (39,7%). No entanto, os médicos que efetivamente atuaram no PITS eram, em sua maioria, provenientes da região Nordeste (43,3%). O percentual de médicos lotados que vieram da região Sudeste foi de pouco mais da metade desse número (26,2%), ficando muito próximo do nível registrado pela região Norte, de onde vieram 19,8% desses profissionais.

Tabela 46. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa e estado civil - 2001 a 2003

Estado civil	Situação no PITS					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiro	1757	37,7	1615	38,5	167	35,6
Casado	2071	44,4	1868	44,5	239	51,0
Separado judicialmente	226	4,8	206	4,9	24	5,1
Divorciado	286	6,1	255	6,1	37	7,9
Viúvo	36	0,8	34	0,8	2	0,4
Ignorado	290	6,2	219	5,2	0	0,0
Total	4666	100,0	4197	100,0	469	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Os médicos das regiões Sul e Centro-Oeste não foram muito atraídos pelo PITS; o percentual de inscritos de cada uma dessas regiões (8,2% e 7,0%, respectivamente) ficou abaixo do registrado na região Norte (9,1%), onde há o menor número de médicos do país.

Esses dados mostram que embora os médicos que residiam na região Sudeste tenham demonstrado interesse pelo PITS – sendo a região com o maior número de inscritos – também demonstraram dificuldade em atuar no Programa. Essa análise será complementada mais adiante, quando for apresentada a região de origem dos médicos que desistiram ou foram desligados depois de já estarem atuando no PITS.

Tabela 47. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa e região de origem - 2001 a 2003

Região de origem	Situação no PITS					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	428	9,1	339	8,1	93	19,8
Nordeste	1547	33,3	1355	32,3	203	43,3
Centro-Oeste	324	7,0	301	7,2	24	5,1
Sudeste	1783	38,0	1668	39,7	123	26,2
Sul	381	8,2	357	8,5	26	5,6
Ignorado	203	4,4	177	4,2	0	0,0
Total	4666	100,0	4197	100,0	469	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Dentre os municípios oferecidos para lotação, os médicos inscritos escolheram majoritariamente aqueles localizados na região Nordeste, com 37,9% da preferência (tabela 49). Outros 29,7% não manifestaram sua preferência para lotação. Em segundo lugar, aparece a região Norte (14,7%), seguida do Sudeste (11,1%) e Centro-Oeste (6,6%). Essa seqüência da preferência dos médicos pelas respectivas regiões coincidiu com a posição que elas ocupavam em número de municípios para escolha. Assim, como já referido na seção anterior, os 272 municípios contemplados pelo PITS estavam distribuídos pelas regiões da seguinte forma: 46,3% no Nordeste, 45,2% no Norte, 5,2% no Sudeste e 3,3% no Centro-Oeste. Chama a atenção o fato de que embora a região Norte tivesse 45,2% dos municípios para escolha apenas 14,7% dos inscritos se interessaram por eles.

Na mesma tabela observa-se que os médicos que chegaram a atuar no PITS foram majoritariamente lotados na região Nordeste (59,1%), responsável por 46,3% dos municípios disponíveis, como já referido. A região Norte, embora contasse com cerca de 45% dos municípios do PITS, conseguiu lotar apenas 32,2% dos médicos. No Sudeste foram lotados 6,4% (para um percentual de 5,2% de municípios) e o Centro-Oeste contou com uma lotação de 2,5% dos médicos disponíveis, para cerca de 3% de municípios.

As tabelas 50 e 51 resumem o que ocorreu com os 469 médicos lotados, no período 2001 a 2003. Ao longo dos três anos, 46,3% concluíram um ano de participação no Programa, mas os desistentes e desligados alcançaram praticamente o mesmo percentual (46%). Mais da metade dos médicos lotados em 2001 desistiram ou foram desligados (54,1%). Nos anos seguintes esse percentual diminuiu, mas ainda se manteve em patamares expressivos (42,7% em 2002 e 36% em 2003). E somente em 2003 o percentual de

desistentes foi substancialmente inferior ao dos que chegaram a concluir um ano de atuação no PITS (36% contra 55%, respectivamente).

Tabela 48. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa, região e Unidade da Federação de origem - 2001 a 2003

Região de origem	Unidade da Federação de origem	Situação no PITS					
		Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	AC	57	1,2	45	1,1	13	2,8
	AP	20	0,4	17	0,4	3	0,6
	AM	46	1,0	38	0,9	9	1,9
	PA	253	5,4	194	4,6	61	13,1
	RO	21	0,5	18	0,4	3	0,6
	RR	11	0,2	10	0,2	1	0,2
	TO	20	0,4	17	0,4	3	0,6
Subtotal		428	9,1	339	8,1	93	19,8
NORDESTE	AL	115	2,5	93	2,2	24	5,1
	BA	284	6,1	247	5,9	39	8,3
	CE	209	4,5	175	4,2	36	7,7
	MA	173	3,7	132	3,1	43	9,2
	PB	304	6,5	282	6,7	23	4,9
	PE	294	6,3	277	6,6	18	3,8
	PI	35	0,8	32	0,8	3	0,6
	RN	105	2,3	94	2,2	12	2,6
	SE	28	0,6	23	0,5	5	1,1
Subtotal		1547	33,3	1355	32,3	203	43,3
CENTRO-OESTE	DF	135	2,9	122	2,9	14	3,0
	GO	120	2,6	117	2,8	3	0,6
	MT	28	0,6	25	0,6	3	0,6
	MS	41	0,9	37	0,9	4	0,9
Subtotal		324	7,0	301	7,2	24	5,1
SUDESTE	ES	63	1,4	56	1,3	7	1,5
	MG	310	6,6	287	6,8	25	5,3
	RJ	746	15,9	691	16,5	58	12,4
	SP	664	14,1	634	15,1	33	7,0
Subtotal		1783	38,0	1668	39,7	123	26,2
SUL	PR	116	2,5	111	2,6	5	1,1
	SC	93	2,0	85	2,0	13	2,8
	RS	172	3,7	161	3,8	8	1,7
Subtotal		381	8,2	357	8,5	26	5,6
Ignorado		203	4,4	177	4,2	0	0,0
BRASIL		4666	100,0	4197	100,0	469	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Tabela 49. Distribuição dos médicos no PITS, por situação no Programa e região de preferência para lotação - 2001 a 2003

Região de preferência para lotação	Situação no PITS					
	Inscritos		Desistiram antes da lotação		Lotados (*)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	688	14,7	564	13,4	151	32,2
Nordeste	1768	37,9	1533	36,6	277	59,1
Centro-Oeste	307	6,6	295	7,0	12	2,5
Sudeste	516	11,1	481	11,5	29	6,2
Ignorado	1387	29,7	1324	31,5	0	0,0
Total	4666	100,0	4197	100,0	469	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

(*) No caso dos lotados, refere-se à região de lotação.

Tabela 50. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por ano e situação no Programa, em relação ao total de lotados no período 2001 a 2003

Situação no PITS	Ano						Total	
	2001		2002		2003			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lotados	189	40,3	195	41,6	85	18,1	469	100,0
Situação dos lotados								
Concluíram 1 ano de participação	78	16,2	96	19,9	49	10,2	223	46,3
Renovaram a participação por mais 1 ano	11	2,3	18	3,7	8	1,7	37	7,7
Desistiram ou foram desligados	105	21,8	85	17,6	32	6,6	222	46,0
Total	194	40,2	199	41,3	89	18,5	482 (*)	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

(*) Total superior ao de lotados pelo fato de um mesmo médico poder estar em mais de uma situação.

Tabela 51. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por ano e situação no Programa, em relação ao total de lotados a cada ano

Situação no PITS	Ano		
	2001	2002	2003
	%	%	%
Concluíram 1 ano de participação/lotados no ano	40,2	48,3	55,0
Renovaram a participação por mais 1 ano/lotados no ano	5,7	9,0	9,0
Desistiram ou foram desligados/lotados no ano	54,1	42,7	36,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

As constantes desistências e desligamentos de profissionais abatiam os que ficavam e acarretavam transtornos para o desempenho das atividades, como mostram algumas mensagens disponíveis no Fórum virtual do PITS:

MENSAGEM 1:

Aproveitamos o espaço, para externar nosso profundo pesar, com a perda de alguns companheiros, que no limite de sua resistência, após esgotarem todas as possibilidades de diálogo, e não vislumbrando alternativa, infelizmente, optaram por 'abandonar o barco'. Alguns poderão, numa primeira leitura, reputar o 'abandonar o barco' como um ato de rebeldia ou, quem sabe, fraqueza daqueles que se foram. Se o fizeram, por certo, foram vítimas de um ledro engano. Foi sim, antes de tudo, um ato de coerência. Coerência com valores morais, que se recusam a permanecer em cativeiro, onde prevalece a intolerância e/ou a inabilidade de alguns. Valores que só verdadeiros guerreiros conhecem o significado. Talvez, nesse momento, devessemos refletir por que alguns persistem. Por necessidade? Por acomodação? Por alienação? Por ousadia ou pertinácia? O verdadeiro motivo, por hora, não sei. O que prefiro acreditar é que existem guerreiros e guerreiros. Louvo os que partiram, mas permito-me louvar a muitos que ficaram, e que como eu, acreditam que todos os caminhos têm mais de uma direção. E às vezes é necessário ficar. Nem que seja para honrar os companheiros que se foram. Nem que seja pela esperança, comprovada historicamente, de que nenhum cativeiro abjeto é perene. À fé, mesmo em oceanos de intolerância e/ou inabilidade, há de existir ilhas de sensatez e idoneidade. Meu abraço aos companheiros que se foram. [...] além de meu abraço, minha gratidão por terem tornado essa minha existência tão mais rica em amizade!

MENSAGEM 2:

[...] no município em que estou, em dezembro foram embora duas médicas e uma enfermeira, ficando uma equipe completa e uma enfermeira sozinha. Isso prejudica muito o desenvolvimento dos programas, pois todo o resto da área descoberta migra para nosso posto de atendimento. Não existem outros profissionais contratados pela prefeitura e não podemos nos recusar a atender, causando uma sobrecarga de trabalho e atrapalhando toda a nossa demanda que estava organizada. Peço a [...] quem de direito que ligue para a secretária ou a coordenadora do município para ver o que pode ser feito, pois estamos angustiados sem saber como fazer.

Outras mensagens ressaltam os motivos que levaram os médicos a desistir do Programa, algumas são de autoria dos próprios desistentes:

MENSAGEM 1:

É lamentável [...], pois estamos perdendo os nossos colegas, [...] é uma pena, pois isto tudo está acontecendo em decorrência da falta de valorização que os gestores municipais e de saúde impõem aos profissionais, como falta de pagamento da contrapartida e falta de condições para se trabalhar.

MENSAGEM 2:

Queridos amigos, colegas, desconhecidos, tutores, coordenadores nacionais e todo pessoal envolvido com o PITS:

Desde fevereiro assumi a Diretoria de uma Casa Asilar [...]. Quando fui convidada, entrei em contato com a Coordenação Estadual [...] Na ocasião, levei um documento, solicitando o desligamento e disse que estava de saída,

mesmo ganhando menos, para estar mais próxima de minha família, pois tendo 48 anos, as viagens [...] em estradas de difícil acesso, sem segurança alguma, [...] demorando muitas vezes, entre a distancia e aguardar condução, 12 a 15 horas [...] fui orientada que o Programa dá 2 meses de afastamento, se a pessoa quiser voltar. Continuo até hoje indo para [nome do município], saio quinta à noite e retorno segunda de madrugada [...].eu não tinha decidido ainda sair de vez, o Secretário de Saúde fez da minha casa um depósito de materiais, dizendo não ter lugar para guardar as coisas da Prefeitura, tamanho desrespeito [...].Hoje meu salário é a metade do que ganhava no PITS, mas estou perto do meu filho e marido, estou feliz, estou fazendo um curso de inglês para fazer a prova de mestrado, [...] e interiormente em paz por ter participado e trabalhado por melhores índices [...]. Saio do Programa de cabeça erguida, sem ser conivente com profissionais que vão uma vez por semana para o interior, sem ser conivente com profissionais que trabalham em hospitais da capital [...], sem ser conivente com profissionais que passam 15 dias na capital e 1 no interior, mas têm uma lábia com seus gestores e vão conseguindo levar. Tenho um novo desafio, desenvolver uma nova política de atuação junto aos idosos. Amanhã novamente levarei meu pedido de desligamento, pois disseram que fico pendente com o CNPq. A todos que ficam, boa sorte!

O regulamento do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde previa, desde o primeiro processo seletivo, que o período de exercício dos profissionais seria de um ano, renovável por mais um. Analisando-se os bancos de dados do Programa, verifica-se que, ao longo dos três anos de atividade do PITS, somente 37 dos 469 médicos que chegaram a atuar efetivamente nos municípios prorrogaram sua participação por um ano ou mais, o que representa um percentual de 7,7%. Esse dado, aliado aos expressivos percentuais de desistência ou desligamento, é convergente com o estudo de Machado (2000), "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família", segundo o qual o tempo médio de permanência de grande parte dos médicos no PSF é de menos de um ano.

O baixo percentual de profissionais que optaram por renovar sua participação no Programa mostra que nem mesmo o incentivo criado pelo Ministério da Saúde, para este fim, foi capaz de ampliar o tempo de permanência dos médicos no PITS. O incentivo previa um acréscimo de 10% do valor da bolsa, a título de incentivo de permanência, para os profissionais que optavam por continuar.

A distribuição dos médicos que chegaram a ir para os municípios, por Unidade da Federação de lotação, é apresentada na tabela 52. Por ele podemos observar que os estados que registraram o maior percentual de médicos que concluíram um ano de participação no Programa, em relação ao total de lotados em todos os estados, foram o Maranhão (8,9%), o Pará (7,3%) e a Bahia (5%).

Seixas & Stella (2002), que coordenaram o Programa durante grande parte de sua vigência, destacam que, no ano de 2002, os estados do Amazonas, Amapá e Piauí

apresentaram os mais baixos percentuais de lotação de médicos, tendo menos de 10% de suas vagas preenchidas. A tabela 52 realmente reforça a afirmação desses autores, mas revela que o baixo percentual de adesão obtido por estes estados é ainda mais acentuado. Nele se observa que, ao longo de 2001 a 2003, estes estados mais uma vez aparecem entre os de mais baixo percentual de lotação, que foram Roraima (0,4%), Piauí (0,6%), Rondônia (1,2%), Amazonas (3,5%) e Amapá (3,9%).

Embora outros estados também apresentem baixos percentuais, não se enquadram na mesma condição, uma vez que nesses casos o que determina o baixo percentual de lotação é o baixo número de vagas oferecidas¹².

Tabela 52. Distribuição de médicos lotados no PITS, por situação e região e Unidade da Federação de lotação, em relação ao total de lotados do Programa, no período 2001 a 2003

Região de lotação	Unidade da Federação	Situação no PITS							
		Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	AC	13	2,7	0	0,0	12	2,5	25	5,2
	AP	9	1,9	3	0,6	7	1,5	19	3,9
	AM	6	1,2	2	0,4	9	1,9	17	3,5
	PA	35	7,3	2	0,4	27	5,6	64	13,3
	RO	3	0,6	0	0,0	3	0,6	6	1,2
	RR	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4
	TO	7	1,5	2	0,4	11	2,3	20	4,1
Subtotal		75	15,6	9	1,8	69	14,4	153	31,6
NORDESTE	AL	3	0,6	6	1,2	1	0,2	10	2,1
	BA	24	5,0	3	0,6	20	4,1	47	9,8
	CE	17	3,5	2	0,4	31	6,4	50	10,4
	MA	43	8,9	5	1,0	40	8,3	88	18,3
	PB	12	2,5	3	0,6	13	2,7	28	5,8
	PE	12	2,5	2	0,4	13	2,7	27	5,6
	PI	1	0,2	0	0,0	2	0,4	3	0,6
	RN	10	2,1	2	0,4	12	2,5	24	5,0
SE	3	0,6	3	0,6	5	1,0	11	2,3	
Subtotal		125	25,9	26	5,2	137	28,3	288	59,9
CENTRO-OESTE	GO	2	0,4	0	0,0	1	0,2	3	0,6
	MT	5	1,0	0	0,0	1	0,2	6	1,2
	MS	1	0,2	0	0,0	2	0,4	3	0,6
Subtotal		8	1,6	0	0,0	4	0,8	12	2,4
SUDESTE	MG	15	3,1	2	0,4	12	2,5	29	6,0
Subtotal		15	3,1	2	0,4	12	2,5	29	6,0
BRASIL		223	46,3	37	7,7	222	46,0	482	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

¹² Como já referido, as permanentes mudanças na lista de municípios participantes não permitiram a construção de um quadro com o número de vagas disponíveis em cada município, que variou bastante ao longo dos três anos de vigência do PITS, conforme registros dos bancos de dados do Programa.

Quando se analisa a situação, em cada Unidade da Federação, em relação ao total de lotados naquela UF, pode-se observar melhor o interesse dos médicos em permanecerem nos municípios de cada estado. Assim, a tabela 53 mostra que o único estado que conseguiu manter, por pelo menos um ano, 100% dos médicos que foram lotados e não registrou desistências ou desligamentos, foi Roraima¹³. O segundo melhor desempenho foi o de Mato Grosso, com 83,3% dos médicos lotados concluindo um ano de participação e um percentual de desistência ou desligamento de 16,7%.

Tabela 53. Distribuição de médicos lotados no PITS, por situação e região e Unidade da Federação de lotação, em relação ao total de lotados em cada UF, no período 2001 a 2003

Região de lotação	Unidade da Federação	Situação no PITS							
		Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	AC	13	52,0	0	0,0	12	48,0	25	100,0
	AP	9	47,4	3	15,8	7	36,8	19	100,0
	AM	6	35,3	2	11,8	9	52,9	17	100,0
	PA	35	54,7	2	3,1	27	42,2	64	100,0
	RO	3	50,0	0	0,0	3	50,0	6	100,0
	RR	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
	TO	7	35,0	2	10,0	11	55,0	20	100,0
Subtotal		75	49,0	9	5,9	69	45,1	153	100,0
NORDESTE	AL	3	30,0	6	60,0	1	10,0	10	100,0
	BA	24	51,1	3	6,4	20	42,6	47	100,0
	CE	17	34,0	2	4,0	31	62,0	50	100,0
	MA	43	48,9	5	5,7	40	45,5	88	100,0
	PB	12	42,9	3	10,7	13	46,4	28	100,0
	PE	12	44,4	2	7,4	13	48,1	27	100,0
	PI	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	100,0
	RN	10	41,7	2	8,3	12	50,0	24	100,0
SE	3	27,3	3	27,3	5	45,5	11	100,0	
Subtotal		125	43,4	26	9,0	137	47,6	288	100,0
CENTRO-OESTE	GO	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	100,0
	MT	5	83,3	0	0,0	1	16,7	6	100,0
	MS	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	100,0
Subtotal		8	66,7	0	0,0	4	33,3	12	100,0
SUDESTE	MG	15	51,7	2	6,9	12	41,4	29	100,0
Subtotal		15	51,7	2	6,9	12	41,4	29	100,0
BRASIL		223	46,3	37	7,7	222	46,0	482	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

¹³ Considerando-se o recorte adotado pelo estudo em relação à lista de municípios contemplados pelo PITS.

Os piores desempenhos, considerando-se os percentuais de desistência e desligamento, foram registrados no Piauí, Mato Grosso do Sul e Ceará, onde mais de 60% dos médicos desistiram ou foram desligados (66,7% no Piauí e no Mato Grosso do Sul e 62% no Ceará).

Apenas Alagoas conseguiu um expressivo resultado no que se refere ao interesse dos médicos em renovarem sua permanência nos municípios, registrando 60% de renovação por mais um ano. Nos demais estados, esse percentual variou entre 0% (Acre, Rondônia, Roraima, Piauí, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) a 27,3% (Sergipe).

As respostas do questionário aplicado por este estudo confirmam a maior lotação de médicos nos municípios da região Nordeste (tabela 54). A mesma tabela revela que mais da metade daqueles que desistiram depois de já estarem atuando no PITS, e que responderam ao questionário, estavam lotados na região Norte (50,2%), confirmando a baixa capacidade de fixação de profissionais dessa região.

Conhecer e comparar o perfil dos profissionais que se enquadram em cada uma das três situações analisadas ("concluíram 1 ano de participação"; "renovaram a participação por mais 1 ano"; "desistiram ou foram desligados") ajuda a compreender essas variações no grau de adesão ao PITS e aos respectivos municípios.

Tabela 54. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no PITS e região onde atuaram por mais tempo

Região de atuação	Situação no PITS									
	Desistiram antes de atuar (* (**))		Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	53	27,0	15	35,7	13	50,2	4	36,4	85	30,9
Nordeste	81	41,3	18	42,8	10	38,4	6	54,5	115	41,8
Centro-Oeste	13	6,6	4	9,6	2	7,6	1	9,1	20	7,3
Sudeste	13	6,6	2	4,8	1	3,8	0	0,0	16	5,8
Ignorado	36	18,4	3	7,1	0	0,0	0	0,0	39	14,2
Total	196	100,0	42	100,0	26	100,0	11	100,0	275	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Neste caso, refere-se à região que o profissional escolheu para atuar.

(**) Corresponde à soma dos grupos "Desistiu durante o processo seletivo" e "Desistiu antes de ir para o município".

A maioria dos médicos que concluíram um ano no PITS ou renovaram sua participação por um ano ou mais era proveniente das regiões Nordeste e Norte, como mostra a tabela 55 (a soma das duas regiões como origem dos profissionais desses dois grupos totaliza

68,7% e 73%, respectivamente). Entre os desistentes/desligados esse percentual cai para 56,3%. Cerca de 33% dos desistentes ou desligados vieram da região Sudeste.

Tabela 55. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por situação no Programa e região de origem – 2001 a 2003

Região de origem	Situação no PITS					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	55	24,6	6	16,2	35	15,9
Nordeste	98	44,1	21	56,8	90	40,4
Centro-Oeste	12	5,3	1	2,7	11	5,1
Sudeste	48	21,6	7	18,9	73	32,7
Sul	10	4,4	2	5,4	13	5,9
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

A distribuição por Unidade da Federação, disponível na tabela 56, mostra que a maioria dos médicos desistentes/desligados era proveniente dos estados do Rio de Janeiro (14,8%), Pará (11,2%) e São Paulo (10,7%). Somando-se os percentuais do Rio de Janeiro e de São Paulo, verifica-se que aproximadamente 26% dos médicos que desistiram ou foram desligados do PITS vieram desses dois estados do Sudeste. Como vimos anteriormente, a participação do Rio e de São Paulo como estados de origem dos lotados foi de 12,4% e 7% (tabela 48), e entre os que renovaram sua participação no Programa não ultrapassou os 8,1% (no caso do Rio de Janeiro), não havendo nenhum médico oriundo de São Paulo que optou por renovar a permanência (tabela 56). Assim, Rio e São Paulo destacaram-se mais como origem de médicos desistentes/desligados do que de lotados ou dos que prorrogaram sua atuação no PITS. Esses dados parecem demonstrar a existência de maior dificuldade de adaptação dos médicos desses dois estados em atuar nos municípios contemplados pelo PITS.

Além da maior facilidade de adaptação dos médicos que são originários das regiões Norte e Nordeste, percebe-se, por mensagens disponíveis no fórum virtual do PITS, que esses profissionais se mostram particularmente sensibilizados com as condições de vida e saúde da população de seus estados e regiões:

MENSAGEM 1:

Sou profissional do Maranhão, um dos estados mais pobres da região Nordeste, sou conhecedora dos problemas aqui existentes e de como os colegas pitianos de outras regiões deste país contribuíram para tornar o meu estado e minha região mais assistida e consciente sobre os problemas de saúde que afetam minha gente, falo aqui em nome da minha comunidade e de todos aqueles que reconhecem o trabalho humanizado desenvolvido por

todos os colegas deste projeto tão grandioso e importante:

- as crianças que deixaram de morrer por diarreia, desnutrição, ira;
- as crianças vacinadas e acompanhadas por profissionais qualificados e comprometidos com o seu país;

- a assistência dispensada aos grupos de idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes;

- a informação e a atenção dadas aos municípios e à população tão pobre deste estado, que talvez nunca teriam o privilégio de conviver com pessoas tão solidárias e empenhadas com o trabalho em saúde;
- pelos maranhenses que vieram ao mundo tão bem assistidos e orientados, sendo garantido seu direito à vida e a possibilidade de lutar por um país melhor;

- o carinho oferecidos a todos os indivíduos, sejam eles brancos, negros, índios, crianças e idosos;

Falo dos maranhenses por ser a terra onde vivo, mas estendo a todas as equipes lotadas em regiões e municípios de tão difícil acesso como nas reservas indígenas, nas áreas de ilhas, nas regiões ribeirinhas, enfim nos rincões deste tão maravilhoso e rico Brasil. Agradeço a Deus por ter conhecido pessoas maravilhosas, agradeço por ter participado deste programa, agradeço a cada médico e a cada enfermeiro que com coragem e espírito solidário ajudaram gente tão simples e tão humilde [...]

A tabela 57 revela que a maioria dos médicos que concluíram um ano ou renovaram sua participação graduou-se na região Nordeste (41,7% e 67,6%, respectivamente). E embora ela seja também a região onde se graduou o maior percentual de desistentes ou desligados (40,4%), observa-se que é a região Sudeste que se destaca nesse aspecto. Isso porque, enquanto a região Nordeste é a região de graduação da maioria dos lotados, dos que concluíram um ano de participação, dos que renovaram por mais um ano e dos que desistiram ou foram desligados, o Sudeste apresenta um índice como região de graduação dos desistentes ou desligados (37,4%) bastante superior a sua participação como região de graduação dos que concluíram um ano (25,6%) ou renovaram (16,2%).

Também deve ser destacado o expressivo percentual de 19,7% dos médicos que concluíram um ano no PITS e que se formou em instituições de ensino superior da região Norte, que como vimos é a região de origem de 19,8% dos lotados. Isso faz supor que os médicos oriundos da região Norte se graduaram nessa mesma região. Esse dado é relevante, porque aponta uma tendência de interesse de fixação, por parte desses médicos, na própria região onde habitam, tão carente dessa categoria profissional. E torna-se ainda mais relevante quando lembramos que até há poucos anos, a maioria desses profissionais precisaria deslocar-se para as demais regiões do país – particularmente para o Sudeste e o Sul – para se graduar em Medicina.

Como ressaltam Vieira et. al. (2004: 192):

[...] a distribuição de cursos e de vagas retrata as desigualdades espaciais do ensino em medicina [...]. Pode-se dizer que a expansão dos cursos no Sudeste e no Sul obedeceu muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compra dessas regiões do que às reais necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Norte e o Nordeste.

Tabela 56. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por situação no Programa e região e Unidade da Federação de origem – 2001 a 2003

Região de origem	Unidade da Federação	Situação no PITS					
		Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORTE	AC	9	4,0	1	2,7	3	1,4
	AP	5	2,2	0	0,0	1	0,5
	AM	2	0,9	0	0,0	3	1,4
	PA	36	16,2	3	8,1	25	11,2
	RO	2	0,9	0	0,0	1	0,5
	RR	1	0,4	0	0,0	0	0,0
	TO	0	0,0	2	5,4	2	0,9
Subtotal		55	24,6	6	16,2	35	15,9
NORDESTE	AL	6	2,7	11	29,8	9	4,1
	BA	21	9,5	5	13,5	14	6,2
	CE	17	7,6	2	5,4	19	8,5
	MA	22	10,0	2	5,4	20	8,9
	PB	10	4,5	1	2,7	12	5,4
	PE	11	4,9	0	0,0	7	3,2
	PI	2	0,9	0	0,0	1	0,5
	RN	8	3,6	0	0,0	4	1,8
SE	1	0,4	0	0,0	4	1,8	
Subtotal		98	44,1	21	56,8	90	40,4
CENTRO-OESTE	DF	8	3,6	0	0,0	6	2,7
	GO	1	0,4	1	2,7	1	0,5
	MT	1	0,4	0	0,0	1	0,5
	MS	2	0,9	0	0,0	3	1,4
Subtotal		12	5,3	1	2,7	11	5,1
SUDESTE	ES	2	0,9	2	5,4	4	1,8
	MG	11	4,9	2	5,4	12	5,4
	RJ	25	11,3	3	8,1	33	14,8
	SP	10	4,5	0	0,0	24	10,7
Subtotal		48	21,6	7	18,9	73	32,7
SUL	PR	3	1,3	0	0,0	2	0,9
	SC	3	1,3	0	0,0	4	1,8
	RS	4	1,8	2	5,4	7	3,2
Subtotal		10	4,4	2	5,4	13	5,9
BRASIL		223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Tabela 57. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por situação no Programa e região de graduação – 2001 a 2003

Região de graduação	Situação no PITS					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	44	19,7	2	5,4	31	14,0
Nordeste	93	41,7	25	67,6	90	40,4
Centro-Oeste	2	0,9	2	5,4	5	2,3
Sudeste	57	25,6	6	16,2	83	37,4
Sul	15	6,7	2	5,4	11	5,0
Exterior	12	5,4	0	0,0	2	0,9
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Os médicos que concluíram um ano e aqueles que renovaram eram, em sua maioria, do sexo masculino (62,8% e 54,1%, respectivamente, como mostra a tabela 58). Já o maior percentual de desistências e desligamentos foi registrado entre as mulheres.

Tabela 58. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por situação no Programa e sexo – 2001 a 2003

Sexo	Situação no PITS					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	83	37,2	17	45,9	113	50,9
Masculino	140	62,8	20	54,1	109	49,1
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Foram os profissionais entre 30 e 40 anos que majoritariamente concluíram um ano de participação no PITS, mesma faixa etária da maioria dos desistentes ou desligados (tabela 59). No entanto, foram os médicos mais velhos, com mais de 40 anos, que optaram por continuar no Programa por pelo menos mais um ano.

Com relação ao estado civil, enquanto mais da metade dos médicos que concluíram sua participação no PITS (53,4%) e dos que renovaram (59,5%) eram casados, a maioria dos médicos desistentes ou desligados é de solteiros e descasados (separados, divorciados e viúvos), totalizando 51,9% (tabela 60). Os três grupos, no entanto, em geral, possuíam dependentes, ainda que o percentual de desistentes e desligados com dependentes seja cerca de 10 pontos percentuais menor do que o dos dois outros grupos (tabela 61).

Tabela 59. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por situação no Programa e faixa etária – 2001 a 2003

Faixa etária	Situação no PITS					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 30 anos	44	19,7	3	8,1	39	17,6
Entre 30 e 40 anos	67	30,1	12	32,4	85	38,3
Entre 41 e 50 anos	52	23,3	16	43,3	52	23,4
Mais de 50 anos	60	26,9	6	16,2	46	20,7
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Tabela 60. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por situação no Programa e estado civil – 2001 a 2003

Estado civil	Situação no PITS					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiro	83	37,2	9	24,3	77	34,7
Casado	119	53,4	22	59,5	107	48,1
Separado judicialmente	6	2,7	1	2,7	17	7,7
Divorciado	14	6,3	5	13,5	20	9,0
Viúvo	1	0,4	0	0,0	1	0,5
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Tabela 61. Distribuição dos médicos lotados no PITS, por situação no Programa e dependentes – 2001 a 2003

Dependentes	Situação no PITS					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	159	71,3	28	75,7	136	61,3
Não	64	28,7	9	24,3	86	38,7
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

A maioria dos médicos que chegaram a participar do PITS e que responderam ao questionário aplicado por este estudo, não levou familiares, cônjuge ou companheiro(a) para os municípios de atuação (tabela 62), ou porque não tinham (25,3%) ou por não considerarem

economicamente viável (24%), não terem desejado levá-los (17,7%) ou ainda porque esses familiares não quiseram ir (8,9%).

Somente cerca de um quarto dos profissionais foi para os municípios com familiares, cônjuge ou companheiro(a), os quais, de modo geral, permaneceram até o término da participação do profissional no Programa.

A mesma tabela permite deduzir que o fato de levar familiares ou parceiros não funcionou como fator determinante na permanência dos médicos nos municípios. Isso porque quando se consideram as três situações do profissional no Programa mostradas na tabela ("atua ou concluiu a participação"; "desistiu depois de estar atuando"; e "desligado"), vemos que não há diferenças muito expressivas na proporção citada de 75% que não levaram acompanhantes contra 25% que levaram; além do que o percentual dos desistentes e dos desligados que levaram acompanhantes é superior ao registrado entre os que ainda atuavam ou haviam concluído sua participação no PITS. Ou seja, os médicos que permaneceram no Programa não estavam, em sua maioria, acompanhados por familiares, cônjuges ou companheiros(as).

Tabela 62. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no PITS e a ida de familiares, cônjuge ou companheiro(a) para o município de atuação

Ida de familiares, cônjuge ou companheiro(a)	Situação no PITS							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim e eles permaneceram comigo até a minha volta	8	19,0	7	26,9	3	27,2	18	22,8
Sim, mas eles não permaneceram comigo até a minha volta	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Não, porque não quis levá-los comigo	8	19,0	3	11,5	3	27,3	14	17,7
Não, porque eles não quiseram ir	3	7,1	2	7,7	2	18,2	7	8,9
Não, porque era inviável economicamente	10	23,8	8	30,8	1	9,1	19	24,0
Não, porque eu não tinha cônjuge e/ou familiares	12	28,7	6	23,1	2	18,2	20	25,3
Total	42	100,0	26	100,0	11	100,0	79	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

Mas a distância da família e dos amigos é tema de várias mensagens no Fórum do PITS. São mensagens que revelam que o fato do Programa ser destinado a populações

carentes e sem assistência funcionou como uma compensação emocional, para os profissionais, pela ausência de seus entes queridos.

MENSAGEM 1:

[...] nós, pitianos, que abandonamos nossas famílias, nossos amigos, até mesmo nossos amores, podemos nos orgulhar de estarmos nessa batalha tentando um Brasil melhor, ajudando pessoas de lugares tão distantes a terem uma saúde, mais digna.

MENSAGEM 2:

[...] que você tenha um dia maravilhoso, mãe pitiana, que um dia deixou seu estado, sua casa, seus amigos e familiares, para ir em busca de um prazer que seria cuidar de pessoas carentes em município quase sem recurso algum, lutando pela qualidade de vida de seres humanos. Observamos que ainda, infelizmente, existe o analfabetismo nos municípios e, como todos sabem, isso atrapalha muito o nosso trabalho, desde o mais simples que seria tomar um remédio certinho, até as informações que transmitimos mais complexas. Mesmo assim nunca desistimos de continuar o nosso trabalho e cada vez com mais garra. Só um desabafo: hoje é o dia das mães e também o dia de meu aniversário, no entanto estou aqui, no meu município de trabalho, me contentando com uma ligação telefônica de minhas três filhas e talvez de alguns amigos. Será que isso não representa nada??? [...]

Em sua grande maioria, os médicos que chegaram a atuar no PITS não haviam feito nenhum curso de pós-graduação (tabela 63). E foram exatamente profissionais sem pós-graduação que, majoritariamente, renovaram sua participação por mais um ano. O Programa chegou a contar com médicos com mestrado e doutorado, embora em percentuais quase inexpressivos. A maioria dos que possuíam mestrado desistiram ou foram desligados, mas o único médico com doutorado chegou a concluir um ano de participação no Programa.

Tabela 63. Distribuição dos profissionais lotados no PITS, por situação e pós-graduação – 2001 a 2003

Pós-graduação	Situação					
	Concluíram 1 ano de participação		Renovaram a participação por mais 1 ano		Desistiram ou foram desligados	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sem pós-graduação	137	61,5	31	83,8	132	59,5
Especialização	79	35,4	6	16,2	80	36,0
Mestrado	6	2,7	0	0,0	10	4,5
Doutorado	1	0,4	0	0,0	0	0,0
Total	223	100,0	37	100,0	222	100,0

Fonte: Bancos de dados do PITS.

Mais uma vez, os dados convergem com o perfil dos médicos do PSF, onde apenas 37,2% fizeram residência médica; 39,5% possuíam especialização; e somente 23,6% tinham título de especialista (Machado, 2000). O mesmo estudo mostra que ainda eram minoria os médicos que começavam a especializar-se em saúde da família, totalizando 3,7% dos médicos

que trabalhavam no PSF no Brasil. A quase totalidade dos médicos (96,4%) declarou necessidade de aprimoramento profissional.

Não por acaso, o fato do PITS proporcionar um curso de Especialização em Saúde da Família aos profissionais lotados funcionou como importante atrativo para que os médicos sem pós-graduação se interessassem em atuar no Programa.

Isso é confirmado pelas respostas dos médicos ao questionário aplicado por este estudo, onde o curso de especialização aparece como o segundo fator considerado mais satisfatório no Programa, com 14% de preferência, como mostra a tabela 64. Em primeiro lugar, aparece "a atuação profissional junto às comunidades carentes" (15,8%), que só não é citada como o fator mais satisfatório pelos médicos desistentes, para os quais é "o curso de especialização" que fica em primeiro lugar.

Em terceiro, quarto e quinto lugares, foram citados, pelo conjunto de profissionais, respectivamente, "a remuneração" (13,5%), "a convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa" (11,3%) e "o funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família" (10,7%).

No entanto, para os que ainda atuavam ou já haviam concluído sua participação no Programa e também para os desligados, "a remuneração" aparece como o segundo fator considerado mais satisfatório, passando à frente do "curso de especialização" e da "convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa", empatados em terceiro lugar. As respostas desses dois grupos de profissionais só não foram coincidentes na escolha do fator seguinte (quarto lugar), onde "o funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família" foi a preferência dos que ainda atuavam ou já haviam concluído sua participação e "a experiência de conhecer outras áreas do país" foi a escolha dos desligados.

Para os desistentes "a remuneração" só é citada em terceiro lugar – ao contrário dos dois outros grupos que, como vimos, a consideraram como o segundo fator mais satisfatório – seguindo-se "o funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família", em quarto lugar.

O fato da maioria dos médicos que responderam ao questionário ter referido "a atuação profissional junto às comunidades carentes" como o fator mais satisfatório da participação no PITS pode ser exemplificado com algumas mensagens disponíveis no Fórum virtual do Programa.

MENSAGEM 1:

Sempre acreditei na bondade do homem. No Brasil, passamos por um processo de amadurecimento de nossos ideais. [...] Que o povo de nossa nação possa cada vez mais ganhar e não perder as oportunidades que

surtem. Portanto, ao tratarmos da saúde de nossas cidades, possamos desempenhar ações responsáveis e cada vez mais pensadas, a fim de que possamos construir o Bom Brasil - o Brasil da alegria, da saúde para todos, da esperança, da responsabilidade - o Brasil dos filhos de nossa Nação e, finalmente, irmãos e verdadeiros companheiros.

Tabela 64. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no PITS e o que consideraram satisfatório no Programa

Fatores satisfatórios (*)	Situação no PITS							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A oportunidade de ingressar no mercado de trabalho	5	2,5	1	0,9	2	4,0	8	2,2
A remuneração	25	12,3	16	14,4	8	16,0	49	13,5
O curso de especialização	24	11,8	20	18,1	7	14,0	51	14,0
A tutoria	7	3,4	2	1,8	1	2,0	10	2,7
A moradia	7	3,4	2	1,8	1	2,0	10	2,7
O transporte	4	2,0	1	0,9	1	2,0	6	1,6
As condições de trabalho	5	2,5	1	0,9	1	2,0	7	1,9
O acesso à Internet	13	6,4	7	6,3	2	4,0	22	6,0
A coordenação do Ministério da Saúde	2	1,0	5	4,5	1	2,0	8	2,2
A coordenação estadual	7	3,4	5	4,5	0	0,0	12	3,3
A atuação da Secretaria Municipal de Saúde	7	3,4	2	1,8	0	0,0	9	2,5
O funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família	23	11,3	13	11,7	3	6,0	39	10,7
A experiência de conhecer outras áreas do país	20	9,9	9	8,1	6	12,0	35	9,6
A atuação profissional junto às comunidades carentes	30	14,9	17	15,3	10	20,0	57	15,8
A convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa	24	11,8	10	9,0	7	14,0	41	11,3
Total	203	100,0	111	100,0	50	100,0	364	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

(*) Permitido marcar mais de uma opção.

Referido como o segundo fator mais satisfatório, o curso de especialização também é destacado no Fórum, onde se enfatizam os conhecimentos adquiridos e as pesquisas realizadas para as monografias de conclusão do curso.

MENSAGEM 1:

[...] às vezes ficamos angustiadas pelo fato do PITS encerrar, e sentimos uma sensação de não termos realizado tudo, mas não é verdade, fizemos muito, é

verdade que houve alguns profissionais que vieram das suas terras para fazer turismo e ficar no oba-oba [...] a maioria desenvolveu um bom trabalho nas suas comunidades, aproveitou a oportunidade de fazer especialização em Saúde da Família e desenvolveu boas pesquisas científicas, a exemplo, a minha pesquisa sobre os fatores que influenciam o desmame precoce na área de abrangência [...], foi classificado entre os quatro melhores, (na categoria) na II Mostra, [...] que está sendo promovida pelo Ministério da Saúde, como também vi na relação dos classificados o nomes de vários outros profissionais que fazem parte do PITS. Portanto, acho que o PITS ainda vai fazer parte da história da saúde do Brasil. E salve a nossa pátria!!!

A referência à "convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa", que como vimos, foi um dos fatores considerados como mais satisfatórios pelos participantes, também está presente nas mensagens do Fórum, onde aparece como elemento relevante e de estímulo à atuação dos profissionais, por meio da troca de experiências e do enriquecimento mútuo.

MENSAGEM 1:

O programa de interiorização dos trabalhadores da saúde já começa a deixar saudades, muitos pediram transferências e outros desistência. A filosofia do programa proporcionou não só uma saúde preventiva de qualidade, como também uma integração nacional. Vocês já me conhecem, sou nordestina do estado do Maranhão e no município que estou passaram: cearenses, paulistas, cariocas, paranaenses, mineiros e gente boa do Distrito Federal. O PITS propiciou aqui mudanças principalmente de atitude, esta em decorrência da consciência de profissionais de estados e regiões mais evoluídos politicamente, onde as pessoas lutam pelos seus direitos e acreditam na justiça. Gente politizada que defende aquilo que acredita. Esse jeito de ser trouxe mudanças sociais significativas para o meu estado. Estado onde o poder político e a politicagem imperam, assim como em outros lugares deste país, impedindo o cidadão de participar, intervir e manifestar sua opinião quanto ao descaso e à irresponsabilidade de alguns políticos que contaminam tudo o que se pretenda implantar de positivo para essa transformação social. O PITS deu certo. É por isso que vai acabar. Como tudo de bom nesse Brasil.

Outro fator apontado como um dos mais satisfatórios e que também está presente nas mensagens do Fórum é o funcionamento do PITS nos moldes do PSF, o que para muitos profissionais representou uma oportunidade de aprendizado e de abertura de campo de trabalho. Duas mensagens ilustram bem esses aspectos. A primeira é uma mensagem conjunta de três médicas que já haviam concluído sua participação no Programa e relatavam para seus colegas os desdobramentos profissionais daí advindos; e a segunda é de um médico que destaca as potencialidades do PSF como mercado de trabalho.

MENSAGEM 1:

[...] aproveitamos esse momento para agradecer ao Nordeste (coordenações estaduais e municipais de atenção básica, colegas de equipes de PSF e, principalmente, 'nossas' comunidades) pelo aprendizado acumulado nos 30 meses de participação no programa. Foi aí que aprendemos e vivenciamos o

Saúde da Família em toda a sua dimensão teórica e prática. Hoje, com dificuldades, tentamos trazer esta experiência para nosso dia-a-dia no sul do país. Muito trabalho pela frente.....!!!!!!

MENSAGEM 2:

Só no PSF já há mais de 20 mil equipes no Brasil, das quais, quem sabe, umas 5 mil já têm qualidade de razoável a ótima. A SBMFC, o Ministério e muitas Secretarias de Saúde, além de milhares de profissionais, estão lutando para que as demais cerca de 15 mil equipes também alcancem qualidade. Se pensarmos só nas cerca de 5 mil equipes do PSF que já atingiram qualidade, isso já é mais do que temos hoje, no Brasil, de médicos especialistas e qualificados verdadeiramente para ocupar esse espaço. Mas há também outros mercados de trabalho, fora do PSF - e alguns de boa qualidade. Que quero dizer com tudo isso?

- a) Que, ao contrário de antigamente, não é mais raro um mercado de trabalho decente para quem se dedica à Atenção Primária em Saúde. Mesmo que a maior parte dos locais ainda seja muito ruim.
- b) Que nesta Lista de Discussão é natural que se fale mais do que ainda é mais freqüente - Unidades do PSF sem qualidade e prefeituras que desconhecem nossa especialidade, não querem ou não sabem como qualificar o PSF. Mas há muitos lugares que não são assim, e são pouco citados aqui nesta Lista.
- c) Que o PSF não é o único mercado de trabalho em APS, e há locais bem melhores que a 'média' dos PSF.
- d) Que há mais vagas de trabalho em APS do que médicos já bem qualificados para ocupá-las. Mas há um esforço do MS, da SBMFC, de Universidades e outros para qualificar cada vez mais profissionais.
- e) Que, nos locais (PSF e não) em que já se conquistou qualidade, é grande a satisfação profissional e pessoal dos médicos e das equipes como um todo, pelo trabalho que realizam.
- f) Que 'nem tudo está perdido'. E minha previsão é que a tendência é de melhora, pois há muita gente batalhando por isso.
- g) Que eu sou um otimista (...)

Até mesmo ex-participantes do PITS entraram no debate, explorando as dificuldades de inserção no mercado de trabalho proporcionado pelo PSF e de formação de profissionais para essa estratégia de atenção à saúde, apresentando algumas sugestões:

MENSAGEM 1:

Temos acompanhado a troca de mensagens, [...] com relação à formação médica em APS. Gostaríamos de contribuir [...] como ex-integrantes do PITS desde o início de sua implantação em 2001. [...]

- 1) Há deficiência de mão de obra especializada no mercado. Para este momento, concordamos que transitório, algo tem que ser feito. Fora programas de residência, existem os cursos de especialização, oferecidos por instituições reconhecidas pelo MEC e MS. Não estamos vendo reconhecimento por este tipo de curso! Na prática estamos sendo nivelados àqueles profissionais sem formação na área, sequer com curso introdutório em PSF!

2) Sem entrar no mérito político de reinvenção ou não da roda, quando o MS 'pensa' na possibilidade de formação em áreas estratégicas através de bolsas, não estarão repetindo o PITS com outro nome? Sairão os profissionais desta formação com a incomoda sensação de tempo perdido? E a 'mão de obra' que foi qualificada pelo PITS, por que não ser aproveitada nestes futuros cursos de formação? A educação continuada (anteriormente programada para os 'pitiáticos') levaria também à formação de instrutores ou facilitadores para o ensino da especialidade. Tempo e dinheiro economizados. Fomos 'pagas' para fazer parte da dita mão de obra especializada!!!!

3) Unificação da grade curricular da residência e adequação dos cursos de especialização às exigências da SBMFC. [...]

5) Não devemos esquecer da diferença regional. Lá no NE, onde estivemos, as comunidades no interior só têm o PSF para recorrer, levando talvez à uma melhor compreensão (única opção?) da Atenção Primária pela sociedade. Será que nossas discussões não deveriam enfatizar uma melhor definição e divulgação do modelo de atenção à população? (vejam o protocolo de acolhimento de Joinville!). [...]

Mais da metade dos médicos que responderam ao questionário aplicado por este estudo consideram que a experiência de ter participado do PITS foi positiva tanto em termos profissionais quanto para suas vidas pessoais (tabela 65). Mas os que foram desligados do Programa pela Coordenação Nacional fazem uma avaliação diferente, dividindo-se, de modo geral, entre os que consideram a experiência negativa nos dois sentidos (profissional e pessoal) – que totalizam 27,3% – e os que admitem que a experiência foi positiva profissionalmente, mas negativa para suas vidas pessoais (outros 27,2%).

Tabela 65. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no PITS e avaliação que fazem da experiência de ter participado do Programa

Avaliação da experiência de ter participado do PITS	Situação no PITS							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Foi positiva em termos profissionais, mas negativa para minha vida pessoal	4	9,5	6	23,1	3	27,2	13	16,4
Foi negativa em termos profissionais, mas positiva para minha vida pessoal	6	14,3	1	3,8	2	18,2	9	11,4
Foi positiva tanto em termos profissionais quanto para minha vida pessoal	27	64,3	15	57,7	2	18,2	44	55,7
Foi negativa tanto em termos profissionais quanto para minha vida pessoal	5	11,9	4	15,4	3	27,3	12	15,2
Não sei avaliar	0	0,0	0	0,0	1	9,1	1	1,3
Total	42	100,0	26	100,0	11	100,0	79	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

Essa boa avaliação que os médicos, de modo geral, fizeram da experiência de ter participado do PITS, é reforçada quando se analisa o que esses profissionais responderam, no questionário, ao serem indagados sobre o que consideravam mais adequado para os rumos futuros do Programa (tabela 66). Mais da metade deles optaram pela manutenção do Programa no formato em que estava, mas com aperfeiçoamentos constantes (57%). Outros 26,6% entenderam que o PITS deveria ser transformado em serviço civil obrigatório, destinado a recém-formados e com remuneração. Mas 16,4% defenderam sua extinção. Aliás, a opção pela extinção do Programa obteve expressivos percentuais entre os médicos que foram desligados (27,3%) e entre os que ainda atuavam ou já haviam concluído sua participação (19%).

Tabela 66. Distribuição dos médicos que responderam ao questionário, segundo situação no PITS e o que consideram mais adequado para os rumos futuros do Programa

Opção que considera mais adequada para os rumos futuros do PITS	Situação no PITS							
	Atuam ou concluíram sua participação		Desistiram depois de estar atuando		Desligados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sua manutenção no formato atual, com aperfeiçoamentos constantes	23	54,8	16	61,5	6	54,5	45	57,0
Sua transformação em serviço civil obrigatório, destinado a recém-formados, com remuneração	11	26,2	8	30,8	2	18,2	21	26,6
Sua extinção	8	19,0	2	7,7	3	27,3	13	16,4
Total	42	100,0	26	100,0	11	100,0	79	100,0

Fonte: Questionário aplicado por este estudo.

Os rumos do Programa foram uma preocupação constante para os profissionais participantes; seja numa perspectiva de curto prazo, em que o que prevalece é o próprio interesse pessoal, seja numa perspectiva mais politizada e de cidadania.

A perspectiva mais politizada aparece em diversas mensagens trocadas no Fórum do PITS. São mensagens que enfatizam ações e políticas para o aperfeiçoamento do Programa e do próprio SUS, exploram as potencialidades das instâncias de controle social, estimulando a participação dos profissionais e da população, e propõem estratégias para uma política de fixação de profissionais.

MENSAGEM 1:

[...] foi realizada a 6ª Conferência Estadual de Saúde do Maranhão, onde foram escolhidos, dentre outros, 2 (dois) delegados (pitianos), representando os trabalhadores de saúde deste estado e que certamente defenderão

propostas pertinentes à atenção básica deste país, na qual nosso programa está inserido, como também a efetivação de algumas metas traçadas pela política de saúde nacional, como:

- a câmara de regulação do trabalho em saúde;
- o programa nacional de desprecarização do trabalho em saúde;
- mesa permanente de negociação de gestão com trabalhadores da área, visando assegurar os direitos trabalhistas do profissional de saúde;
- cumprimento e respeito aos princípios e diretrizes do SUS, de forma a garantir a participação da sociedade no processo de consolidação democrática.

Aos profissionais que acreditam nesse processo e no Sistema Único de Saúde, junte-se a nós e participe das discussões deste fórum, com propostas e soluções, para que juntos encontremos respostas equilibradas e sensatas a dilemas que há muito tempo entravam o desenvolvimento da saúde como um todo deste país. Participe, dê sua contribuição para revertermos este quadro tão característico da nossa saúde. A 12ª Conferência Nacional de Saúde está próxima e todo cidadão pode participar democraticamente deste evento, vamos criar uma corrente positiva que a saúde do Brasil possa mudar para melhor.

MENSAGEM 2:

Acontece de 7 a 11 de dezembro, em Brasília, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema central 'Saúde: um direito de todos e um dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos', onde ilustres palestrantes abordarão temas como o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Leiam o manual publicado pelo Ministério e o Conselho Nacional de Saúde sobre a reestruturação dos programas e projetos federais 'especiais' (item 7), dentre estes o PITS.

MENSAGEM 3:

A 12ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sergio Arouca - vai ser transmitida pela Internet em sua versão quase integral. A ABRASCO estará com link para acompanhamento dos debates em tempo real. Para participar, acesse www.abrasco.org.br.

Por fim, os médicos que participaram do PITS apontam, ainda no Fórum, os resultados positivos do Programa:

MENSAGEM 1:

Desde agosto de 2001, atuo no município de [nome do município], situado a leste do estado do Maranhão, distante 460 km da capital, sendo o acesso por estradas muito difíceis. A população (4705) sobrevive da agricultura de subsistência e dos empregos gerados pelo funcionalismo público. No início do ano de 2003, passamos a desenvolver um projeto [...] onde a participação social é a alavanca mestra. Conseguimos, utilizando a metodologia lúdica problematizadora e priorização de problemas, algumas soluções como: coleta do lixo, esclarecimento da população quanto à [...] conservação do meio ambiente, e encaminhar à Câmara projetos de lei para votação e deliberação. Gostaria também de convidá-los para juntos escrevermos um livro, onde cada um encaminhasse uma página pitoresca ou de alguma situação que presenciou para ser editado, com a verba sendo revertida para ações sociais.

MENSAGEM 2:

O PITS serviu como um bonito início ao Programa Saúde da Família...muitos de nós aprendemos a fazer PSF através desta estratégia. Aqui no Ceará, assessorados pela Universidade Federal, tivemos a possibilidade de desenvolver diversos trabalhos e estudos nas diversas comunidades, o que nos possibilitou trabalhar melhor a Atenção Primária. Nossa escolha, desde o início, foi desenvolver os vários projetos em conjunto: Universidade Federal, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e Profissionais de Saúde. Mais tarde, trabalharíamos junto aos nossos Clientes (população adscrita), através do Conselho de Saúde. Ao chegarmos em [nome do município] (Ce), há cerca de dois anos e meio atrás, encontramos uma situação devastadora, num município de pior taxa de mortalidade infantil do Ceará e vários problemas de saúde a resolver. Obtivemos, com o nosso trabalho conjunto, o reconhecimento de sermos um dos municípios da região [...] que mais se desenvolveu na área da saúde, nos últimos meses. [...] As equipes do PITS [...] puderam permanecer mais estáveis, também, graças ao fato de, recebendo nossos salários do Governo Federal, estarmos mais protegidos contra os atrasos de pagamento. Meu sonho é um dia trabalhar em uma população cada vez mais sadia e em um município que administre plenamente a sua saúde. Porém, os problemas de ordem econômica e financeira ainda vigentes são fatos incontestáveis que evocam um planejamento a médio ou longo prazo. Gostaria muito de poder trabalhar, recebendo salário diretamente da administração de [nome do município] (Ce), porém isto seria um pouco difícil, em termos de regularidade no pagamento, o que comprometeria, certamente, a nossa estabilidade. As várias propostas para o futuro do PITS deverão levar em conta que os municípios em que fomos lotados foram escolhidos devido aos seus vários marcadores e índices de saúde, que chamaram a atenção da nossa nação. As transformações estão havendo, porém, dependemos de tempo e paciência, a fim de encontrarmos caminhos seguros para a construção de uma saúde sustentável.

MENSAGEM 3

O Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde-PITS não é apenas uma estratégia que deu certo, é também uma grande família que para realizar seu trabalho, seja ele assistencial ou educativo, muitas vezes vai de encontro à politicagem sórdida e à falta de compromisso dos gestores municipais. O fato dos profissionais não estarem totalmente atrelados aos recursos locais, favorece a credibilidade da comunidade e o desenvolvimento de atividades de sensibilização social. O intercâmbio de profissionais de diversas regiões do país possibilita a troca de experiências, costumes, hábitos e crenças, despertando um sentimento de solidariedade entre todos. Acreditamos ter resgatado a dignidade de uma pequenina parte da nossa gente, acreditamos ter contribuído para a história da saúde pública deste maravilhoso Brasil.

MENSAGEM 4

Também encaminhamos [...] relatório anual às comunidades de áreas de abrangência e influência da nossa equipe de PSF, afixado na entrada de nossa Unidade de Saúde: Relatório Anual Relativo aos Meses de Junho/2002 a Junho/2003. Estamos completando dois anos do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), no município de [nome do município], estado do Ceará. Após organizarmos, junto com a Secretaria de Saúde do Município [...], os vários serviços e programas de atenção

primária, tendo como estratégia orientadora o Programa de Saúde da Família, demos ênfase ao aprimoramento das várias unidades de saúde e à otimização da integração destas no contexto de saúde da comunidade local. Foi dada importância ao trabalho conjunto com os diversos representantes da comunidade, inclusive aí o Conselho Municipal de Saúde, diversas escolas, creches, além de outras entidades. O atendimento de puericultura e pediatria, por exemplo, foi descentralizado, sendo levado para as escolas e creches. Priorizamos a qualidade dos cuidados com a saúde. Neste sentido, a Secretaria de Saúde Municipal contribuiu para a reforma do Centro de Saúde [...], de modo a melhorar a prestação de nossos serviços. Também, intensificamos a vigilância na qualidade do atendimento aos vários tipos de clientela e faixas etárias, como as crianças, mulheres, idosos, pacientes crônicos, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e doentes de hanseníase. Enfatizamos as medidas preventivas, como a prevenção do câncer de mama e do colo uterino. Estamos fazendo visitas domiciliares de rotina àqueles que não podem se movimentar ao centro de saúde. O prontuário familiar foi implementado. Foi dada preferência à caracterização dos diversos prontuários individuais de acordo com as peculiaridades de cada clientela. Por exemplo, temos prontuários específicos para o atendimento de idosos, crianças, adolescentes, mulheres, pacientes psiquiátricos, etc. Administramos cursos de capacitação aos diversos agentes de saúde. Também utilizamos, muitas vezes, o nosso tempo em reuniões de integração, confraternização, reciclagem e planejamento de ações. Em relação às várias estatísticas existentes, a cidade de [nome do município] melhorou bastante na questão saúde. Diminuímos consideravelmente a mortalidade infantil, a mortalidade geral; melhoramos os índices de vacinação, além de outras conquistas. Atualmente, trabalhamos junto às comunidades, tentando compreender mais a fundo as várias necessidades da população, visando, assim a um desenvolvimento sustentável da atenção primária.

MENSAGEM 5

Foi oferecido, através de monitoria oficial, curso adaptado aos futuros Conselheiros Locais de Saúde de nossa área de abrangência. Utilizou-se o Guia do Conselheiro e o Caderno de Atividades do Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, do Ministério da Saúde, além de outros materiais pedagógicos. Está sendo uma experiência com ativa participação comunitária. Mais oficinas deverão ser feitas, visando a conscientização e a formação de Conselheiros responsáveis e atuantes.

MENSAGEM 6

Estão sendo empossados, hoje, os mais novos conselheiros (locais) de saúde, representantes das áreas atendidas por nossa equipe de PITS/PSF, em [nome do município]. Nesta ocasião festiva, serão fornecidos os certificados do curso de capacitação para conselheiros de saúde, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Ficamos contentes de termos mais um instrumento a nossa disposição, rumo a uma saúde mais eficiente e democrática.

No documento "Tópicos da Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde", o Ministério da Saúde, ao se referir à avaliação efetuada sobre o PITS, afirma que:

Um dos principais resultados positivos encontrados na avaliação diz respeito a constatação por parte dos pesquisadores de que na maioria dos locais surgem indícios de que os profissionais interiorizados começam a vivenciar o cotidiano daquele município, o que pode ser considerado como pré-

requisito básico para que esses médicos e enfermeiros passem a se sentir como parte daquela comunidade, podendo ocasionar posterior fixação. (Ministério da Saúde, 2002e: 19).

Em outro documento oficial, o Ministério aponta aspectos positivos verificados ao longo da vigência do PITS, tais como:

- grande receptividade ao programa por parte da comunidade;
- melhoria da qualidade de assistência à saúde;
- contribuição na organização dos serviços locais de saúde;
- contribuição na reativação dos Conselhos Municipais de Saúde;
- melhora na cobertura vacinal, puericultura, assistência pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e no controle da hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis;
- melhoria dos indicadores de saúde e dos sistemas de informação (Ministério da Saúde, 2002e: 18).

5.2.3. Atuação da Coordenação Nacional

Foi na então Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que se iniciou a discussão, no âmbito do Ministério, para a formulação¹⁴ do PITS. Com a criação, logo a seguir, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), o debate se transferiu para lá, onde efetivamente o PITS foi formulado. A idéia de criar o Programa, segundo o então Secretário de Políticas de Saúde e ex-dirigente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entrevistado para o estudo, surgiu como reação a uma das questões que se colocavam como críticas para a expansão do Programa de Saúde da Família: a dificuldade de interiorizar médicos. A queixa, segundo o entrevistado, partia dos secretários municipais de saúde e também dos prefeitos:

Isso chegava num âmbito de decisão política do Ministério; seja no âmbito do gabinete do Ministério, seja no âmbito das secretarias. Nós tínhamos muitos municípios pequenos do Nordeste, do Norte (particularmente do Norte) e alguns locais do Centro-Oeste, sem médicos; e havia, em outras áreas do Ministério, um objetivo de tentar algumas estratégias no sentido de enfrentar o problema da mortalidade infantil, o problema da hanseníase, o problema da tuberculose e isto estava diretamente relacionado à interiorização de assistência médica e de cuidados primários. Então, houve um certo consenso no Ministério da possibilidade de tentar um projeto, vamos dizer, não foi especialmente um projeto-piloto, mas um programa específico que pudesse induzir, via Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, a interiorização de médicos e enfermeiras através de equipes do PSF.

¹⁴ A análise do processo de formulação do PITS extrapola a abrangência deste estudo e, portanto, aqui serão feitas apenas breves referências introdutórias para os objetivos desta seção.

Para isso, foram feitos alguns estudos e recuperados outros já existentes, de forma a obter subsídios técnicos e jurídicos que orientassem a opção por uma determinada alternativa.

O passo seguinte foi gerar um ambiente favorável para uma parceria entre o governo federal (envolvendo o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Ministério da Ciência e Tecnologia), as entidades médicas, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o CONASEMS. Segue o mesmo entrevistado:

Havia por parte dessas entidades [...] uma preocupação desde o início, quanto às condições de trabalho, condições para o exercício da profissão, educação continuada; então, essa questão foi sempre colocada pelas entidades e era uma preocupação também do Ministério [...].

Havia uma preocupação dos municípios quanto ao grau de gestão desses profissionais, considerando que cabia ao Ministério da Saúde gerenciar o programa nacionalmente; preocupação das Secretarias Estaduais no que dizia respeito à seleção dos municípios, mas aí se estabeleceu um critério técnico bastante rigoroso na definição dos municípios elegíveis; então se obedeceu bastante esse critério que era, basicamente, municípios de pequeno porte, com altos índices de mortalidade infantil, municípios prioritários para o controle da tuberculose e hanseníase, municípios do semi-árido, do norte e do centro-oeste, excluindo aí, os municípios do sudeste. De certa maneira, isso foi resolvido com o cumprimento daqueles critérios técnicos que estavam concebidos no decreto que estabeleceu o programa.

Foi criada uma Coordenação Nacional para a execução do Programa, ligada à área técnica de recursos humanos da própria Secretaria de Políticas de Saúde. Isso facilitou a condução de outras políticas paralelas de recursos humanos, como a política de mudanças curriculares.

A Portaria nº 227/GM, de fevereiro de 2001, estabeleceu como atribuições da Coordenação Nacional:

- [...]1.1.1. regulamentar a implementação e promover a avaliação do Programa;
- 1.1.2. compatibilizar as necessidades regionais, estaduais e municipais com a oferta de profissionais médicos e enfermeiros;
- 1.1.3. identificar e estabelecer as prioridades e a cobertura do Programa, de acordo com as necessidades de cada região e a sua realidade médico-sanitária;
- 1.1.4. definir critérios objetivos para a seleção e distribuição dos profissionais a serem deslocados para os estados das regiões integrantes do Programa;
- 1.1.5. promover a constituição de Comissão Nacional de Seleção, composta por técnicos da área de medicina e de enfermagem, encarregada do processo seletivo que constará de análise curricular e de entrevista, a ser realizado no estado do origem do candidato;
- 1.1.6. propor os incentivos e benefícios a serem concedidos aos profissionais participantes do Programa;

1.1.7. garantir às equipes de profissionais e às tutorias os meios necessários para desenvolvimento do processo de educação, pesquisa e supervisão permanentes;

1.1.8. propor mecanismos de operacionalização para garantir o repasse de recursos referentes à bolsa e demais itens relacionados com o processo de tutoria e supervisão;

1.1.9. certificar a atuação dos profissionais no Programa, de acordo com a avaliação promovida pela tutoria acadêmica e a coordenação estadual do Programa;

1.1.10. garantir os deslocamentos interestaduais dos profissionais participantes do Programa;

1.1.11. promover acordos de cooperação técnica com instituições de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico para coadjuvarem no Programa; e

1.1.12. homologar a habilitação dos municípios ao Programa.

O cumprimento dessas atribuições foi cheio de percalços. Aqui serão destacados mais especificamente os aspectos que influenciaram, positiva e negativamente, a adesão dos médicos ao Programa, tomando-se como principais fontes para isso as mensagens disponíveis no Fórum do PITS, as entrevistas com os gestores e documentos técnicos. O objetivo será analisar a atuação da Coordenação Nacional no que se refere ao cumprimento de suas atribuições precípuas: o repasse de recursos e o provimento de meios para o processo de educação, pesquisa e supervisão permanentes.

Segundo o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, o Programa contou com "*um sistema permanente de controle e avaliação*", que teve como finalidade "[...] *identificar os fatores favoráveis e desfavoráveis, para que se proceda às correções necessárias.*" (Ministério da Saúde, 2002b: 60). Para proceder à avaliação, a Coordenação Nacional criou e capacitou uma equipe, composta por 12 técnicos, que fizeram reuniões nos estados com os tutores e coordenações estaduais do Programa e do curso de especialização. A mesma equipe realizou reuniões, nos municípios, com os gestores e representantes das comunidades, além de visitas às unidades básicas e às moradias dos profissionais, os quais responderam a um questionário de avaliação.

Nos quatro primeiros meses do Programa, foram visitados 56 municípios de 16 estados, o que representou 40,0% do total de cidades participantes. A amostra incluiu municípios que apresentam alta e baixa densidade populacional, diferente grau de dificuldade de acesso e de distância da capital, e número variável de equipes. Quando o programa completou nove meses, o restante dos municípios foi visitado (Ministério da Saúde, 2002b: 60).

Por meio da verificação *in loco* e de entrevistas, os técnicos avaliaram o desempenho da coordenação estadual e dos tutores, a contrapartida dos gestores e o desenvolvimento do Programa. Os resultados referentes à atuação das coordenações estaduais e à contrapartida dos gestores municipais serão analisados nas duas próximas seções deste estudo, que tratam, específica e respectivamente, da atuação dos estados e dos municípios. Aqui será focado o desenvolvimento do Programa, no que se refere à atuação da Coordenação Nacional.

Iniciando pela tutoria e supervisão, vemos que a avaliação promovida pelo Ministério revelou que 43,8% dos médicos participantes do PITS a qualificaram como *boa*, mas outros 43,8% a consideravam *insuficiente* e mais 12,5% como *regular*, o que totaliza quase 57% de médicos insatisfeitos (Ministério da Saúde, 2002b). Esses dados são compatíveis com as respostas dos médicos ao questionário aplicado por este estudo, quando indagados acerca dos fatores que consideraram satisfatórios no Programa (apresentados na tabela 64 da seção anterior). Na referida tabela, observa-se que a tutoria contou com um percentual de apenas 2,7% de citação como fator satisfatório.

Os tutores foram selecionados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e remunerados pelo Ministério, via CNPq, por meio de uma bolsa no valor de R\$ 1.500,00. A tutoria foi realizada por meio do uso da Internet e por visitas periódicas de acompanhamento, tendo como objetivo "[...] atender às demandas dos profissionais referentes à capacitação e atuação prática no serviço de saúde." (Ministério da Saúde, 2002b: 59).

Há mensagens no Fórum do PITS que confirmam a insatisfação e até mesmo a inexistência de tutoria em algumas localidades:

MENSAGEM 1:

[...] os tutores não receberam das Secretarias Estaduais de Saúde condições para exercerem adequadamente suas funções [...]

MENSAGEM 2:

[...] Que diferença entre o discurso e a prática. Basta analisar o que foi prometido e o que está sendo oferecido. Nem tutor médico existe aqui para [nome do município]. Quem é o culpado por tanta bagunça? Sóoooooooo uma CPI, se deixarem.

O ex-Secretário de Políticas de Saúde admite que houve problemas com a tutoria: "[...] um problema operacional, a tutoria, mas foi pelo menos a primeira experiência de tutoria que se teve, quer dizer, havia o tutor, então algumas funcionaram, outras não funcionaram [...]"

Já no que se refere ao Curso de Especialização, ainda segundo a avaliação promovida pelo Ministério da Saúde, 60% dos médicos o consideraram *bom* (Ministério da Saúde, 2002b). No entanto, o curso foi reputado como *regular* por 22% e *ruim* por 9%, o que totaliza

31% de médicos insatisfeitos. Esse percentual é expressivo se considerarmos que o curso foi encomendado pelo Ministério especificamente para o PITS. E é agravado quando se verifica que:

- somente para 52% dos profissionais, o conteúdo ministrado foi considerado *bom* para o desempenho das demandas de atendimento do PITS (33% o avaliaram como *regular* e 9% como *ruim*);
- a metodologia do curso foi reportada como *boa* por 50%, *regular* por 32% e *ruim* por 11%;
- as atividades planejadas para o período de dispersão foram referidas como *compatíveis* por 64% e *incompatíveis* por 22% (somente 44% dos profissionais executavam *totalmente* as atividades previstas para o período de dispersão, 26% realizavam *parcialmente* e 17% *não executavam*)¹⁵.

Um problema relevante enfrentado pela Coordenação Nacional para a oferta do Curso de Especialização é apontado, em entrevista para o estudo, pelo ex-Secretário de Políticas de Saúde, que admite que o deslocamento dos profissionais para frequentarem o Curso de Especialização nas capitais era de difícil administração.

O que a gente sentiu de maior dificuldade nesses cursos de especialização foram os deslocamentos, quer dizer, havia deslocamentos dos municípios para as capitais, uma certa dificuldade das faculdades de interiorizarem o curso para os municípios, até porque os municípios eram de regiões diferentes, um problema operacional [...]

De qualquer forma, a Coordenação Nacional procurou superar essa dificuldade da melhor forma possível e realmente estimulou a formação e o interesse dos profissionais na área de saúde da família, como por exemplo, patrocinando passagens aéreas para os que desejassem fazer a prova de especialista em Medicina de Família e Comunidade, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). O comunicado a seguir foi postado no Fórum do PITS pela Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, informando sobre esse incentivo (oferecido para os médicos do PITS da turma de 2001 que ainda estivessem atuando no Programa).

Informamos que o Ministério da Saúde/SGTES/DEGES estará apoiando o deslocamento dos profissionais médicos do PITS I que tiverem interesse em realizar concurso para obtenção de Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade (TEMFC), que ocorrerá durante o 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família & Comunidade, no período de 03 a 06 de abril de 2004, Rio de Janeiro [...]

¹⁵ Dados adicionais sobre a avaliação do Curso de Especialização oferecido pelo PITS podem ser encontrados em Seixas & Stella (2002), que realizaram um estudo específico com este fim.

No entanto, em alguns estados houve atrasos consideráveis no início do Curso e mesmo nas atividades de educação continuada¹⁶, conforme mensagens disponíveis no Fórum do PITS:

MENSAGEM 1:

Olá. Gostaria que me fossem esclarecidas algumas dúvidas.

- 1) Haverá ou não a educação continuada para os profissionais do PITS II? Qual a instituição de escolha? E qual o período previsto?
- 2) Onde está o curso inicial da Fiocruz para os pitianos II e a continuidade para os pitianos I? [...]

MENSAGEM 2:

Caros colegas

[...] gostaria de saber se algum profissional do PITS III já iniciou o Curso de Especialização em qualquer lugar do Brasil. Por favor mandem notícias."

MENSAGEM 3:

Sou médica do PITS III do município de [nome do município]. Somos 5 médicos e o nosso Curso de Especialização começou em 01/12/03 (Módulo D). [...]

MENSAGEM 4:

Aqui na Bahia o curso do PITS III não tem previsão de início e ninguém sabe informar nada.

Houve demora também na emissão dos certificados de conclusão do Curso de Especialização, de participação no PITS e do Diploma de Serviços Prestados à Nação, o que foi tema de diversas mensagens no Fórum, inclusive com dúvidas a respeito da própria titulação obtida com o Curso:

MENSAGEM 1:

Ontem, 28 de novembro, houve uma reunião na SESA/CE entre profissionais do PITS 1, 2 e 3, tutores e Coordenação Estadual. [...] Solicitamos à Coordenadora Estadual que se informasse sobre algumas coisas que estão nos regulamentos do PITS e que até então não foram cumpridas, tais como:

- Diploma de serviços prestados à nação;
- Certificado de participação no PITS (O PITS 1 recebeu apenas referente ao 1º ano);
- Certificado de participação no curso de acompanhamento para egressos do PITS 1 (realizado pela UFC no caso do Ceará); [...]
- Como fica a situação de nós médicos a respeito da possibilidade de ter direito a fazer prova de titulação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade???? Segundo o que sabemos, o CFM não reconhece nosso diploma de especialização e não sabemos se a AMB nos permitirá

¹⁶ Para os profissionais que permaneceram por mais de um ano no Programa, o Ministério da Saúde ofereceu cursos de educação a distância, a partir de parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

fazer a prova, já que nosso tempo de especialização e trabalho de campo não foram devidamente supervisionados.[...]

MENSAGEM 2:

[...] não consigo entender por que todo esse mistério em torno de resposta tão simples. Temos direito a estes certificados e também temos direito a uma resposta uma vez que é motivo de orgulho e conta pontos em nossos currículos [...] Aqui no Ceará está para sair um edital para concurso público e estes certificados são de suma importância [...]

MENSAGEM 3:

[...] Vários colegas do PITS, inclusive de outros estados, entraram em contato comigo, informando que não receberam os certificados PROVISÓRIOS do PITS. Abaixo listo o nome de todos os que entraram em contato comigo e deixaram seus respectivos endereços.

Em virtude da realização do 8º Congresso de Medicina de Família e Comunidade da SBMFC, no fim de maio, em Belo Horizonte – MG, muitos desses profissionais estão, COM URGÊNCIA, necessitando destes certificados, pois o prazo final de envio dos documentos necessários para a inscrição do Prova de Títulos é até 07 de maio de 2005. [...]

Vale destacar que vários profissionais ressaltaram a relevância que atribuem ao Diploma de Serviços Prestados à Nação e o orgulho em vir a recebê-lo.

MENSAGEM 1:

Já tenho em minhas mãos o 1º certificado, aquele assinado pelo Ministro Barjas Negri, e estou ansioso para receber os restantes. Deve ser tocante receber diploma de serviços prestados à nação, é o que está faltando no meu currículo. [...]

MENSAGEM 2:

[...] estou feliz e lisonjeada em receber estes certificados.

MENSAGEM 3:

Sou do PITS 1 e só recebi o certificado de participação do primeiro ano. Quero saber quando receberemos os outros dois certificados e por onde anda o nosso certificado de serviços relevantes prestados a nação. Um mérito e orgulho pessoal de cada um tê-lo e eu não abro mão.

Algumas das dificuldades da tutoria, do Curso de Especialização e da educação continuada podem ser atribuídas aos problemas de conectividade com a Internet, enfrentados em várias localidades. O Ministério da Saúde formou uma Comissão de Conectividade, composta por representantes do próprio MS e do CNPq, encarregada da aquisição e distribuição de equipamentos de informática para uso dos profissionais do PITS nos municípios, devendo ainda, "[...] viabilizar a instalação de linhas telefônicas para acesso a e-mail, Web, biblioteca virtual, e o acesso a tutores e a cursos de especialização e a educação a distância." (Ministério da Saúde, 2002b: 59). O processo de compra e distribuição dos equipamentos foi iniciado em outubro de 2001, "[...] tendo sido adquiridos 315 computadores completos. Até março de 2002, foram entregues 95,6% dos equipamentos." (Ministério da

Saúde, 2002b: 59). As linhas telefônicas, não residenciais, foram instaladas nos postos de saúde ou na residência dos profissionais, com serviço de discagem direta gratuita (0800) específico para o PITS, com alcance estadual, para contato com as coordenações estaduais. As linhas também contavam com serviço TC/IP discado para acesso à Internet. Mas, das 2.490 linhas necessárias, só haviam sido instaladas 151, até agosto de 2002 (Ministério da Saúde, 2002b e 2002c).

Os profissionais que não enfrentavam esse tipo de problema serviam, muitas vezes, no Fórum do PITS, como porta-vozes dos demais, com os quais se comunicavam por telefone. Mesmo assim, os que dispunham dos meios de comunicação, também enfrentavam problemas:

MENSAGEM 1:

Creio que a maioria dos profissionais de saúde vive em cidades onde não existe provedor para Internet, nem serviços diferenciados [...]; e para participarmos deste Fórum, por exemplo, pagamos taxas de interurbano.

MENSAGEM 2:

O que aconteceu com o 0800 do PITS? Por que está inativo? Existe perspectiva deste serviço retornar em quanto tempo?

Mas o processo de comunicação não foi dificultado apenas por fatores tecnológicos. A comunicação entre a Coordenação Nacional e os profissionais do PITS não se mostrou muito eficaz ao longo do desenvolvimento do Programa. Inicialmente, a criação do Fórum do PITS foi muito elogiada pelos profissionais nas próprias mensagens ali postadas, criando uma expectativa de que a partir de então a comunicação com a Coordenação Nacional estaria facilitada:

MENSAGEM 1:

Olá, felicitações a todos os pitianos e Coordenação Federal do PITS, enfim, a todos que colaboraram para que este fórum fosse criado. [...] acho que este novo espaço está nos dando a oportunidade de melhor aproximação também com a coordenação federal do programa e isto muito nos interessa, além de ampliarmos o nosso círculo de amizade com os colegas pitianos do Brasil inteiro. Parabéns pelo fórum e a todos os participantes. Ainda acho poucos integrantes, mas acredito que seja por conta da dificuldade técnica mesmo. Vamos aproveitar, esta será uma oportunidade ímpar!!!

MENSAGEM 2:

Inicialmente, como outros companheiros, cumprimento a Coordenação Nacional pela criação deste canal de diálogo, e pela acessibilidade que têm demonstrado e mantido com os profissionais até então e ainda atuando no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. [...]

Mas, muito rapidamente, o Fórum se transformou num instrumento de comunicação usado eminentemente pelos profissionais, com pouca participação da Coordenação Nacional. Essa precária comunicação com a Coordenação funcionou, por vezes, como um fator a mais de desgaste, chegando mesmo a agravar as críticas e o descrédito por parte de vários profissionais. O próprio Fórum ilustra bem esse aspecto, com inúmeras mensagens de queixa acerca da falta de atenção e comunicação por parte da Coordenação Nacional. Vejamos alguns exemplos:

MENSAGEM 1:

[...] aqui no fórum nossas dúvidas tem sido respondidas pelos colegas e não pela coordenação federal [...]

MENSAGEM 2:

Creio que boa parte do pessoal que está atualmente no Ministério da Saúde antes queixava-se da falta de comunicação dos gestores anteriores. A história está se repetindo. Não nos informam nada [...]. O interessante é que foi enfatizada a importância da comunicação durante o curso do PITS...

MENSAGEM 3:

A indefinição da coordenação nacional em nos informar sobre a data do recesso começa a prejudicar sobremaneira nossos trabalhos, haja visto trabalharmos com programação de consultas de retorno mensal para pacientes prioritários (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, saúde mental, etc.). Gostaria que se apressassem nessa definição, para que nossa relação com a comunidade permaneça com coerente respeito.

MENSAGEM 4:

Quando paro e penso, olho para o meu passado, tudo que deixei para trás, como muitos dos colegas, por acreditar em um Brasil melhor, vejo que somos fantoches nas mãos de políticos e que apesar de tantos anos de estudo, procurando sempre fazer o melhor para o próximo, muitas vezes somos manipulados e enganados.

[...]Quando um dia, por qualquer razão, não estiveres ocupando um cargo, porque é assim que acontece, um dia da caça, outro do caçador, não se esqueça de todos esses e-mail encaminhados que permaneceram sem respostas. Venha conhecer o Norte, o Nordeste, anonimamente, venha viver o dia-a-dia de um profissional de saúde, venha ver como as verbas chegam à população. [...] Continuem nos ignorando, continuem não mandando respostas.

Houve também problemas no cumprimento de garantias previstas no regulamento do Programa, quanto ao provimento de recursos básicos para o exercício das atividades dos profissionais e condições de trabalho. Esses problemas incluíram atrasos, e até mesmo não recebimento, do *kit* de assistência farmacêutica básica, do *kit* de equipamentos básicos e dos livros didáticos. Diversas mensagens no Fórum do PITS ilustram os problemas enfrentados pelos profissionais:

MENSAGEM 1:

Gostaria de saber se ainda este ano [novembro de 2003] receberemos o kit da farmácia básica [...] Estes kits nos ajudam muito, pois a prefeitura compra muito pouco [...].

MENSAGEM 2:

Espero que a verba seja viabilizada de forma que possamos realmente recebê-la, pois a situação de nossos municípios é péssima quanto a isso. A farmácia básica é imprescindível para a implementação dos programas, pois é só o que temos de medicamentos para oferecer à população e aqui no Maranhão, há muito tempo não recebemos.

MENSAGEM 3:

Sou do município do [nome do município], e também gostaria de saber quando iremos receber nosso Kit básico da farmácia, pois o mesmo faz muita falta, pela carência da população, distância da capital de 600Km, estrada de chão [...].

MENSAGEM 4:

Gostaria de levantar a discussão sobre o tema e creio que seria enriquecedor se nosso fórum pudesse ter a participação de representantes de programas, como o da farmácia básica, pois nós estamos diretamente envolvidos na distribuição e utilização desses medicamentos. Aqui em [nome do município], recebemos os Kits A e B há cerca de duas semanas atrás e eles vieram violados. É a segunda vez que isso acontece e faltam-nos medicações importantes para os programas de atenção básica, inclusive as sacolas de distribuição. Na secretaria de saúde, quando receberam os kits, já se encontravam violados. Sabemos que esses medicamentos fazem MUITA falta à população assistida, mas não vemos nada ser feito a respeito. Nossos tutores foram informados. Mas realmente gostaria de saber se é só aqui que isso acontece...Aliás, já começo a sentir saudades dos kits de atenção à mulher e preservativos; notamos diferença no perfil de gestações. Aliás, também sinto falta dos kits do programa de prevenção de colo uterino...[...]

MENSAGEM 5:

O nosso kit também foi violado e 'filtrado'. Tudo que o violador achou bom ficou para ele. Já reclamei com quem de direito em Brasília [...] e nada aconteceu, continua o problema.

MENSAGEM 6:

Esse é um problema mais comum do que você pensa, [...] e já faz tempo que isso acontece...Como não temos poder de polícia, a gente tem que ir negociando...Há uma enfermeira amiga minha por aqui que nem recebia medicamentos na unidade, porque não estavam mandando a farmácia básica e alegavam que era com isto que ela deveria trabalhar....passou-se muito tempo até as tutoras aparecerem para esclarecer.

MENSAGEM 7:

[...] Só respondo agora, pelo longo período sem comunicação pela Internet no PITS. Quero aqui aproveitar para questionar. [...] o programa não vem cumprindo as propostas do início, tais como: kit com oftalmoscópio e outros materiais, inclusive livros [...]

No segundo semestre de 2003, começaram a surgir comentários, no Fórum do PITS, dando conta de que o Programa seria extinto ainda naquele ano. Isso gerou muitas dúvidas e angústias por parte dos profissionais, manifestadas no próprio Fórum, onde indagavam à Coordenação Nacional sobre a veracidade dessas informações. A falta de respostas por parte da Coordenação acirrou o desgaste entre as duas partes. Somente em novembro, a Coordenação Nacional informou, por meio do Fórum, que:

Após a realização do Seminário de Avaliação realizado em Brasília nos dias 01 e 02 de julho de 2003, iniciamos o processo de reformulação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS, com o objetivo de integrá-lo às estruturas do SUS, particularmente a atenção básica, desencadeando a transição do Programa para os Sistemas Municipais de Saúde e buscando assegurar a permanência das equipes nos Municípios. Na certeza de sua compreensão, peço a gentileza que aguarde novas informações mais precisas e concretas com relação ao referido Programa, pois ainda estamos em fase de negociação.

O informe não foi suficiente para aplacar a ansiedade dos profissionais, que continuaram se manifestando a respeito, no Fórum:

MENSAGEM 1:

Olá companheiros do PITS. [...] Vou aproveitar para fazer um desabafo, e tirar um pouco dessa tristeza que teima em chegar devagarzinho, quando penso no futuro de nosso trabalho. Está ficando difícil dar respostas para meus amigos das comunidades onde trabalho, a respeito da continuidade do PITS. Estão acontecendo várias consultas, onde meus pacientes querem apenas saber se vamos continuar ou não. E eu procuro, da melhor forma, explicar que ainda está para ser definido. Depois de 2 anos e meio de luta, de resistência, de persistência, de construção de laços de confiança e de amizade, estamos sedimentando todas as nossas frentes de trabalho, e o melhor, com a ajuda da população. Agora que começamos a sentir e ver os frutos de nossa sementeira, vem a tristeza de pensar que tudo isso pode ficar pra trás. Que me desculpem as pessoas da Coordenação Nacional, mas até agora, não entendi exatamente o que querem dizer com "fazer parte efetivamente da estrutura do SUS", pois sempre me considerei uma "fazedora" do SUS. Se isso significa depender da estrutura dos municípios em que estamos, para continuidade do projeto, não posso falar por todos, mas a realidade aqui é que não teremos como continuar. Sinto dizer que um dos fatores que manteve a permanência e o respeito pelo PITS foi o fato de estarmos ligados 'diretamente' ao MS, o que possibilitou a implementação de várias ações, uma vez que de certa forma atuamos como 'fiscalizadores'. [...] espero de coração, assim como vários dos meus amigos-pacientes que aqui conheci, que o PITS não passe a ser mais um desses 'projetos-foguete', brilham muito quando iniciados, mas apagam-se, deixando um vazio para aqueles que participaram do espetáculo. Um grande abraço a todos. [...] Médica do PITS em [nome do município] (uma cidade bem pequena, entre os dois vales mais pobres de Minas, onde se pensa fazer um calor danado e faltar água; só que aqui faz frio, e tem água pra 'chuchu'; pode?!).

MENSAGEM 2:

É [...], aqui em [nome do município], a situação não é diferente... tem pacientes que começam a chorar, quando também não me fazem chorar. Tanto o secretário quanto o prefeito mostram as mais belas intenções de manter nossa equipe, mas sei que o município não tem condições, tudo devido à má administração do dinheiro público, diga-se de passagem. Estes últimos meses têm sido estressantes e angustiantes visto a não decisão em todas as instâncias.

Poucos dias depois, também por meio do Fórum, a Coordenação Nacional divulgou ofício da Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde é informado que o PITS passaria a integrar os sistemas municipais de saúde, mediante repasse direto de recursos financeiros, com os profissionais sendo incorporados como equipes de PSF locais:

O Ministério da Saúde informa que está promovendo a integração e a incorporação das equipes do PITS às equipes de Saúde da Família. Isso quer dizer que está assegurada a possibilidade de permanência de todos os profissionais atualmente lotados no PITS em suas atuais equipes e local de trabalho, mediante vinculação ao sistema local de saúde.

Na próxima semana, serão divulgados os detalhes operacionais e políticos desse processo de integração, que será apresentado primeiramente ao Conass e Conasems. Afirmamos, no entanto, que a proposta do Ministério da Saúde, além de qualificar e fortalecer a política de atenção básica em saúde, vai assegurar integralmente os recursos financeiros atualmente comprometidos com o PITS, garantindo dessa forma as condições de remuneração dos atuais profissionais bolsistas.

Informamos ainda, que os cursos de especialização aos profissionais do PITS que ingressaram em agosto de 2003, serão mantidos e ampliados para os profissionais das equipes de saúde da família.

O ofício gerou imediata reação por parte dos profissionais, no Fórum do PITS. As duas mensagens abaixo ilustram bem os efeitos do comunicado sobre os médicos:

MENSAGEM 1:

[...] após a leitura atenciosa do citado documento, penso oportuno tecer algumas considerações, até para que possamos dirimir dúvidas que acredito comuns a muitos.

A primeira questão surge quando colocado que o Ministério da Saúde 'está promovendo a integração e a incorporação das equipes do PITS às equipes de Saúde da Família'. A princípio, do ponto de vista estrutural, nos parece um processo de consecução aparentemente simples, se considerarmos que nesses municípios a gestão optou por organizar a atenção básica, tendo como estratégia estruturante o Saúde da Família. Também, teoricamente, estariam facilitados os repasses financeiros, visto que esses municípios ora recebem recursos para manutenção e implementação das equipes já existentes – transferências 'fundo-a-fundo'. Minha dúvida diz respeito aos municípios onde, até então, só existem atuando as equipes do PITS, que por ironia não são consideradas equipes do Saúde da Família nem pelo SIAB (SIA/SUS), e onde não é permitido o cadastramento das mesmas nesse sistema. Logo, como se daria o repasse financeiro para remuneração dos profissionais e

manutenção das futuras equipes do Saúde da Família nessas localidades. Prosseguindo, o texto diz que 'está assegurada a possibilidade de permanência de todos os profissionais...'. Não suponham sarcástica minha exposição, e perdoem-me a confusão, mas não entendo como pode-se assegurar uma possibilidade. Por definição assegurar é 'garantir; afirmar com segurança ou certeza'. Então me pergunto como assegurar uma possibilidade? Ou seja, assegurar algo que pode ser, acontecer ou praticar-se, ou não! Estou certo que não houve intenção, mas temo por uma interpretação dúbia do texto, especialmente em se tratando de um texto oficial. Numa outra leitura, onde entendemos e acreditamos que se está tentando, sinceramente, pactuar a possibilidade de permanência de todos os profissionais do PITS, a dúvida recai sobre quais seriam os fatores condicionantes para a permanência desses? Quanto ao trecho do documento onde lemos 'assegurar integralmente os recursos financeiros atualmente comprometidos com o PITS, garantindo dessa forma as condições de remuneração dos atuais profissionais bolsistas', questionamos o que a Coordenação Nacional entende por integralmente? Direto ao ponto! Será mantido o valor líquido que hoje recebemos, enquanto bolsistas do CNPq, acrescido é claro, do percentual de 10% até o momento não nos repassado? Os incentivos à moradia e alimentação, atualmente obrigação dos municípios, que muitos mesmo por força contratual não honram, estarão contemplados na remuneração dos profissionais? Por sermos bolsistas mantivemo-nos isentos do pagamento do Imposto de Renda. Haverá compensação em nossa remuneração, para que possamos cumprir com nossas obrigações frente à Receita Federal, sem perda salarial? Finalmente, penso imprescindível a discussão sobre a precariedade de nossas relações de trabalho, que dado ao já longo texto, voltaremos a debater e questionar em momento oportuno.

MENSAGEM 2:

Quero concordar com a interpretação do colega [...] e chamar a atenção para as entrelinhas, já que passaremos à sujeição de normas municipais que sabemos sequer existirem em muitos dos municípios atendidos pelo PITS, já que pela própria proposta inicial do programa, não estavam (mudou?) aptos a assumir equipes de saúde da família.

Creio ser imprescindível a representatividade dos integrantes do programa em todas as fases desta discussão, pois quando aceitamos participar do programa foi em grande parte pela credibilidade gerada pelo MS; também por crer que a experiência gerada pelo tempo de programa pode ser útil na elaboração das novas propostas, já que realmente conhecemos a realidade local.

Colegas, manifestem-se!!!! Não podemos deixar a decisão de nossas vidas em mãos alheias sem nos pronunciarmos!!!!

Em função das dificuldades de comunicação, por meio do Fórum, com a Coordenação Nacional, os profissionais procuravam obter informações por conta própria sobre a continuidade do Programa e as postavam no Fórum para compartilhar com os demais. Um dos profissionais postou o que denominou de "Alerta aos Pitianos", informando sobre uma reunião prestes a ser realizada entre a Coordenação Nacional e os gestores estaduais e municipais para decidir sobre os rumos do Programa. O "alerta" contou com repercussão

imediate, por meio de sucessivas mensagens de apoio de outros profissionais, exemplificadas a seguir:

MENSAGEM 1:

Alerta aos Pitianos:

Acontece, em Brasília, de 23 a 24/11/2003, reunião com gestores e secretários municipais de saúde de todas as regiões que possuem equipes de PITS implantadas, com o objetivo de discutir sobre a adesão do programa à atenção básica destes municípios. Gostaria de saber da coordenação nacional:

- vai existir representante dos profissionais do PITS nesta reunião?

- que mecanismos serão utilizados para garantir o pagamento em dia dos profissionais, como também materiais/equipamentos e estrutura física pertinentes ao desenvolvimento da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) nas áreas de difícil acesso.

É condição imprescindível e princípio do SUS a participação da sociedade como um todo nas decisões dos problemas de saúde pública do país.

Merecemos representatividade neste encontro.

MENSAGEM 2:

Caros colegas e moderadores, venho colocar uma questão a meu ver bastante relevante, em concordância com algumas opiniões já colocadas. Acredito ser necessário um representante dos participantes do PITS nesta reunião com gestores municipais, estaduais e federais, pois nós é que somos a ponta fraca da corda, temos sentido na pele a dificuldade de promover a saúde nos rincões do país e concordamos que grande parte das dificuldades provém da incapacidade dos municípios em gerir a atenção básica. Assim sendo, creio ser importante que possamos participar das decisões que influirão diretamente em nossas vidas. Como muitos colegas, também temos dificuldades em receber a ajuda de custo, que mecanismos serão criados para garantir que iremos receber o valor repassado? Qual seria a modalidade de contratação desses profissionais? A maioria dos municípios contemplados não tem estrutura administrativa para garantir direitos trabalhistas que passaríamos a ter. E com relação ao valor da 'bolsa'? Pois passaremos a pagar tributos fiscais que antes não tínhamos. Pessoalmente estou bastante inquieta com essas questões e não gostaria de esperar passivamente que decidam meu futuro... que parece negro!

MENSAGEM 3:

Frente a todos os pontos colocados [...] neste fórum, sobre a reunião em Brasília no próximo dia 24/11, gostaríamos de saber se vamos poder ter representatividade neste encontro ou não. Todos os assuntos a serem discutidos são de extrema importância para nós, influem diretamente em nossa vidas e nada mais justo e democrático do que termos um representante para tratar dessas questões. Estamos nos sentindo excluídos deste processo de municipalização. Será que não temos o direito de opinar, discutir e ajudar a construir um caminho que seja melhor 'para todos' e não somente para os gestores, por exemplo?? A realidade que temos para mostrar dificilmente será explicitada pelos municípios...Gostaríamos de uma posição da Coordenação Nacional.

MENSAGEM 4:

[...] quero ressaltar que realmente deveríamos participar de todas as discussões sobre o projeto de 'municipalização' do PITS, já que constituímos um dos pilares do projeto de reestruturação da atenção básica!

Com a falta de resposta ao "alerta" por parte da Coordenação Nacional, os profissionais mais uma vez se encarregaram de obter informações, dessa vez sobre os resultados da reunião, divulgando-as no Fórum:

MENSAGEM 1:

Caros colegas!!! Segundo notícia divulgada por gestores locais, o resultado da reunião de hoje em Brasília foi que, a partir de janeiro de 2004, já estaremos vinculados aos municípios (processo de municipalização). Não quero ser precipitada em nenhum comentário, uma vez que a notícia ainda é extra-oficial e não sabemos de que forma o processo se deu, nem ao menos os detalhes técnicos. Peço que os colegas que tiverem informações, socializem com o grupo. Aguardamos a posição da Coordenação Nacional do PITS [...].

MENSAGEM 2:

Soube que a partir de janeiro nossos 'salários' já estarão sendo pagos através de repasse do MS diretamente para os municípios. [...] espero que a coordenação nacional leve em consideração a nossa angústia diante de tantas incertezas e nos comunique logo o que está por vir....

MENSAGEM 3:

Estamos em plena Conferência Estadual de Saúde, lutando, articulando por participação social, como profissionais que somos, dando a nossa contribuição para o SUS que queremos. E hoje somos surpreendidos por muitos comentários de gestores, comentando que [...] acabou mesmo e que o nosso salário será repassado pelas prefeituras com as devidas deduções e [...] quem quiser [...] a Prefeitura decidirá os termos do contrato. [...] veja [...] novamente o que o silêncio de vocês nos proporcionou: desgosto, descrédito, desmotivação e até mesmo desgraça de alguns.[...] Meu sentimento hoje é de muita insatisfação, não valeu nada confiar!!!!!!!!!!!!!! E aí amigos... Já que a vaca foi para o brejo (como se diz na minha terra), e com as novas notícias, me sinto demitida sem justa causa [...]

MENSAGEM 4:

O representante do prefeito do meu município foi meu marido. Ele voltou de Brasília, com os detalhes. Me deixou muito insegura. Pois o PITS deixa de existir a partir de 30 de dezembro. E estaremos nas mãos dos gestores locais. Se o município tiver o profissional do PITS no dia 01/01/04, está garantido o repasse da verba fundo-a-fundo para o município nos pagar. Por mais 180 dias. Porém, se o município quiser dispensar este profissional e contratar outro após esta data, fica à vontade dele, o dinheiro continuará a vir. Só quem fica na corda bamba somos nós. O acordo agora é com os gestores municipais.

MENSAGEM 5:

Bem, eu não pretendia me manifestar antes que houvesse um comunicado oficial, mas em virtude do apelo do colega, vou repassar as notícias que recebemos dos colegas pitianos que estão participando da Conferência Estadual de Saúde, em São Luís-MA.

1) Será feito um repasse para que as prefeituras, a partir de janeiro, paguem nossos salários.

2) Não se sabe o valor dos descontos que serão efetuados, mas devemos passar a receber o que se paga habitualmente para equipes de PSF do município de lotação (valor não estabelecido igualmente para todos) e igualmente pagar tributos.

3) Os participantes do PITS 1 (meu caso) que não quiserem permanecer têm seus PTAs liberados em dezembro.

Foram as notícias pouco auspiciosas que recebemos.

MENSAGEM 6:

[...] Hoje tivemos uma conversa rápida com a secretária de saúde e perguntamos sobre a reunião. O que foi nos dito foi que, como nós, eles também saíram com muitas dúvidas. O salário realmente será repassado pelo município após repasse do MS. Os valores, teoricamente, permaneceriam os mesmos, caso não houvesse os descontos na folha de pagamento, que segundo ela, haverá, toda aquela questão dos impostos. A ajuda de custo ainda não se sabe se vai permanecer pelo município. Ou seja: e o salário oh!!!! - salário, descontos, ajuda de custo, despesas de aluguel, energia e água - e o salário oh!!!! Ela também falou que não haverá mais coordenadora estadual, ou seja, a coordenadora da atenção básica também será a nossa coordenadora e mais, como ela mesma falou, a coordenadora de vocês será a própria gestão municipal. Outro absurdo foi de que os computadores ficarão nas respectivas secretarias de saúde e não mais nas residências dos profissionais. Querem mais????? Ufa!

MENSAGEM 7:

Estamos recebendo muitas informações sobre nosso futuro e temos que organizar nossas vidas. Até agora só nos foi demonstrada total falta de respeito e consideração. A maneira com que as coisas foram feitas foi autocrática e não levaram em conta nada do que tínhamos a dizer, ou o que poderíamos acrescentar...Concordo que ainda não há nada oficial, mas este silêncio nos faz pensar que todas as infelizes especulações são verdadeiras. Não sei se compro passagens ou se arrumo a mudança... Pedimos à Coordenação o mínimo de respeito, se é que isso é possível, que nos informem todos os detalhes técnicos (operacionalização), pois é de acordo com estes que muitos de nós vamos decidir nosso rumo. Detalhe: estamos desempregados!!!!!!!!!! Temos pressa!!!!!!

- qual será o valor do salário (líquido)? E quem nos pagará? Teremos a segurança de recebê-lo? [...]

- qual será a forma de contratação?

- é verdade que não está garantida a permanência dos profissionais do PITS, e sim para qualquer pessoa que os gestores quiserem contratar?

Mais uma vez, aguardamos notícias.

MENSAGEM 8:

Embora compreenda e apreenda a ansiedade dos companheiros pitianos, penso que um mínimo de serenidade viria a calhar nesse momento. Entendo que todo processo de negociação impõe um período de espera silenciosa, até que se tenha concluído. Após esta etapa, espera-se que as definições sejam colocadas com clareza e responsabilidade. Assim sendo, acredito que esta tem sido a postura da Coordenação Nacional, evitando assim erros de

interpretação que só aumentariam a apreensão de todos.[...] Certo é que até o momento não recebemos qualquer comunicado oficial sobre o resultado das negociações, apenas relatos não oficiais de alguns companheiros bem intencionados. Como outros, não avalio que a questão seja pura e simplesmente dar um voto de confiança aos membros da coordenação nacional. Até também. Mas fundamentalmente, ter segurança na idoneidade dessa equipe. Concordo, a priori, que deveriam ter assegurado nossa participação na negociação. Afinal, somos senão os maiores, os principais interessados, considerando nossa participação enquanto trabalhadores da saúde. Acredito que como eu, muitos esperaram, por muito tempo, um governo em que Gestão Participativa deixasse de ser mero instrumento de retórica. Portanto se penso, logo existo, penso melhor aguardarmos uma posição oficial da coordenação nacional, para que não cometamos erros de avaliação. Espero, sinceramente, que tenhamos boas notícias em breve.

Somente um mês depois da reunião com os gestores estaduais e municipais, a Coordenação Nacional postou novo comunicado, no Fórum do PITS, datado de 17 de novembro e também assinado pela Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com esclarecimentos sobre problemas jurídicos que o Programa vinha enfrentando desde o início do ano, ameaçando sua continuidade. O comunicado, no formato de um ofício, informa que os problemas surgiram a partir de auditoria de rotina realizada, no CNPq, pelo Tribunal de Contas da União, no início de 2003. Desde então, o Ministério da Saúde vinha estudando alternativas para garantir a continuidade do Programa, que conforme esclarece o ofício, estaria assegurada somente até julho de 2004:

A partir do Seminário de Avaliação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde ocorrido em Brasília (julho/2003), o Ministério da Saúde vem buscando alternativas para integração do Programa às estruturas do SUS, particularmente à Atenção Básica, na perspectiva de fortalecer os Sistemas Locais de Saúde.

Esse processo ganhou ainda outra emergência quando no primeiro semestre deste ano, em processo regular de auditoria no CNPq, o Tribunal de Contas da União deferiu decisão considerando irregular a gestão financeira do Programa mediante convênio entre esse órgão e o Ministério da Saúde. Na ocasião, foi determinado o prazo de 180 dias, a partir de julho de 2003, para que o CNPq e Ministério da Saúde indicassem caminhos para resolução do problema.

Dessa forma a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde juntamente com a Secretaria de Atenção a Saúde elaboraram uma proposta em caráter provisório, que previa transferência dos recursos diretamente aos municípios, buscando assegurar a permanência das equipes nos municípios. Essa proposta foi discutida em reunião realizada em Brasília no dia 24 de novembro de 2003 com os gestores municipais, coordenadores estaduais do PITS e coordenadores da atenção básica.

Simultaneamente a este processo, o Ministério da Saúde solicitou, junto ao Tribunal de Contas da União, a dilatação do prazo estabelecido para término do convênio. A deliberação do TCU a esse respeito ocorreu no último dia 10 de dezembro, sendo favorável à prorrogação do prazo por mais 180 dias a contar de 22 de janeiro de 2004.

Portanto, não será necessária a implementação da alternativa transitória, já que seguirá sendo possível manter a remuneração dos profissionais através das bolsas. Apesar disso, seguiremos adiante com o processo de integração do programa com a atenção básica e a gestão das equipes será transferida aos municípios, conforme o que havíamos discutido.

Durante os próximos meses, o Ministério da Saúde apresentará ao CONASS e CONASEMS uma proposta de política definitiva para viabilizar a fixação de profissionais em municípios de difícil acesso e com indicadores que merecem atenção diferenciada.

Ao longo de 2003, até a extinção do Programa em julho de 2004, houve uma série de contratemplos ocasionados ou agravados por esse cenário. Foram contratemplos de todas as ordens, que interferiram em vários aspectos do funcionamento do Programa, desde atraso no pagamento das bolsas, suspensão de diárias e transporte para que os profissionais pudessem freqüentar o Curso de Especialização nas capitais, até o agravamento do não cumprimento da contrapartida municipal. Foi um período de intensa troca de mensagens no Fórum do PITS entre os profissionais, relatando os problemas enfrentados:

MENSAGEM 1:

Colegas do PITS III. Esta mensagem vai para aqueles que por ventura estão tentando realizar o curso de especialização. Tomamos conhecimento da suspensão das diárias, para quem está fazendo o curso de especialização. Gostaria de saber do posicionamento dos demais participantes que estão em condições semelhantes a minha. No meu caso, será impossível de continuar, já estou bancando meus gastos aqui em [nome do município], agora ter que gastar com diárias, não dá, vou terminar pagando para trabalhar.

MENSAGEM 2:

É apenas uma impressão, ou estamos mesmo com atraso no pagamento de nossos salários??? Hoje é o quinto dia útil do mês e, até o presente, não consta nada depositado. Alguém sabe informar algo a respeito???????

MENSAGEM 3:

Caro [...] Aqui no sertão do Ceará a situação é semelhante.

MENSAGEM 4:

Pois é aqui estamos, em mais um mês de atraso...

Mas, desde o informe oficial, em novembro, de que o Programa só se manteria até julho de 2004, a tônica das mensagens do Fórum foi, essencialmente, a confirmação desse prazo final, as condições de trabalho até lá e o destino dos profissionais e suas angústias e ansiedades em relação ao futuro:

MENSAGEM 1:

[...] gostaria de ter informações mais precisas sobre a continuação do PITS após os primeiros 6 meses propostos de prorrogação. Isso se deve ao fato de estarmos em ano eleitoral, o que impede a contratação de profissionais a partir de abril pelas prefeituras. Assim, surgiu a dúvida sobre nossa situação após os seis meses, uma vez que se o PITS não continuar, ficaremos impossibilitados de sermos contratados pelos municípios.[...]

MENSAGEM 2:

Estamos sem uma definição concreta sobre a nossa situação. [...] O problema é que ficará difícil se tivermos que ir embora daqui e deixá-los na mão. Por favor, informem-nos logo se o PITS oficialmente acabará em junho de 2004, para que tentemos negociar nossa contratação no município, antes que, devido às eleições, fique impossível de sermos contratados. Este 'silêncio' do Ministério da Saúde está nos angustiando, pois temos que pensar no nosso futuro e no do município que trabalhamos.

A Coordenação Nacional respondeu aos profissionais no Fórum, em março de 2004, com dois comunicados. O primeiro, no formato de ofício, esclarece algumas questões acerca do Curso de Especialização, e o segundo faz uma espécie de balanço da trajetória de gestão do Programa:

OFICIO

A partir do processo de institucionalização do PITS desencadeado após o Seminário de Avaliação (Brasília – julho de 2003), o Ministério da Saúde vem buscando alternativas de apoio e cooperação técnico-financeira para o fortalecimento da gestão municipal em locais de difícil acesso geográfico e fixação de profissionais de saúde.

Dentre as iniciativas propostas destacamos a integração das equipes do PITS ao Programa de Saúde da Família e a qualificação desses profissionais na perspectiva de potencializar a organização dos sistemas locais de saúde ampliando a capacidade de atenção à saúde.

Portanto os cursos de especialização a serem oferecidos aos profissionais médicos da 3ª etapa de ingresso ao PITS serão custeados pelo Ministério da Saúde, com a inclusão de profissionais das equipes de saúde da família da região, em articulação e pactuação com os gestores locais e as coordenações estaduais da atenção básica. Não estarão incluídas despesas para deslocamento e diárias aos profissionais do PITS e das equipes de saúde da Família.

COMUNICADO:

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde/PITS é uma iniciativa desenvolvida pelo Ministério da Saúde, desde 2001, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq, com o objetivo de propiciar a atenção à saúde em municípios que, por dificuldade de acesso ou escassez extrema de recursos, não contavam com profissionais de saúde para o desenvolvimento da atenção básica.

O Programa foi concebido com caráter transitório e como indução aos gestores municipais para implantação e reorganização de suas ações de saúde, considerando a estratégia da saúde da família.

O prazo para o término do convênio com o CNPq firmado ainda no governo anterior foi até junho de 2004.

Durante o primeiro semestre do ano de 2003 o Programa foi mantido em sua estrutura original, tendo havido, inclusive, processo seletivo específico para

médicos, com o objetivo de completar equipes que só contavam com o profissional enfermeiro.

Simultaneamente foi desencadeado processo de avaliação do Programa nos estados que culminou na realização de um Seminário de Avaliação (julho/2003 – Brasília), com objetivo de identificar em conjunto com todos os atores envolvidos, os problemas e avanços, bem como estratégias para o enfrentamento das dificuldades.

Dentre os problemas apontados durante o Seminário destacamos a desarticulação do Programa com as demais estruturas do SUS, particularmente a atenção básica, verticalização/centralização das decisões no âmbito federal sem levar em consideração a realidade local levando ao estabelecimento de vínculo preferencial dos profissionais com o Ministério da Saúde em detrimento dos gestores locais.

A partir desses resultados, iniciamos o processo de reformulação do Programa com o objetivo de integrá-lo às estruturas do SUS, particularmente a atenção básica, desencadeando a sua transição para os Sistemas Municipais de Saúde buscando assegurar a permanência das equipes nos municípios.

Esta necessidade ganhou ainda outra emergência quando no primeiro semestre de 2003, através de auditoria regular no CNPq, o Tribunal de Contas da União deferiu decisão considerando irregular a gestão financeira do Programa através de convênio entre esse órgão e o Ministério da Saúde, determinando o prazo de 180 dias, a partir de julho de 2003 para que o CNPq e Ministério da Saúde apontassem proposta para resolução do problema.

Dessa forma, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, juntamente com a Secretaria de Atenção à Saúde, elaboraram uma proposta em caráter provisório, garantindo a permanência das equipes nos municípios, que foi discutida em reunião realizada em Brasília no dia 24 de novembro de 2003 com os gestores municipais, coordenadores estaduais do PITS e coordenadores da atenção básica.

Simultaneamente a este processo, o Ministério da Saúde solicitou junto ao Tribunal de Contas da União a dilatação do prazo estabelecido para término do convênio. A deliberação do TCU ocorreu em dezembro de 2003, sendo favorável à prorrogação do prazo por mais 180 dias a contar de 22 de janeiro de 2004.

Portanto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, juntamente com a Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde, deverão apresentar ao CONASS e CONASEMS até março de 2004 uma política definitiva que viabilize a fixação de profissional em municípios de difícil acesso e com indicadores que merecem atenção diferenciada, através da definição de critérios que propiciem um financiamento diverso das ações de atenção básica organizadas pela estratégia Saúde da Família.

Concluindo, estamos aguardando a aprovação da proposta em reunião da Tripartite que deverá ser ainda em março/2004; o Programa será integrado ao PSF e esses municípios terão um financiamento diferenciado, considerando os critérios definidos. Além dos municípios do PITS serão incluídos municípios de todos os estados desde que obedeçam a esses critérios. Estamos aguardando parecer da Tripartite para que possamos oficializar as definições.

A partir de então, os profissionais passaram a demonstrar, no Fórum, sua ansiedade por obter informações acerca da reunião da Tripartite, que acabou sendo transferida para o final de abril. Como o retorno a essa solicitação, por parte da Coordenação Nacional, mais uma vez demorou, os profissionais manifestaram sua insatisfação com o que consideraram descaso e desrespeito com sua situação e compartilharam suas dúvidas:

MENSAGEM 1:

Caros colegas, faltam poucos dias para o mês de junho e não temos uma resposta sobre o nosso destino. Sabemos que até três meses antes de eleições não poderão ser feitas contratações. Como ficará nossa situação, caso algum de nós não se interesse em continuar no ex-PITS após a notícia oficial sobre seu destino? O tempo urge e precisamos da decisão da reunião ocorrida em Brasília; [...] Há que se perceber que somos humanos e também estamos incluídos no pacto de humanização que queremos para o SUS. Gostaria de solicitar à coordenação Nacional urgência na resposta para que possamos nos situar [...]

MENSAGEM 2:

Realmente [...], estamos numa situação muito desconfortável e nem um pouco saudável. Não consigo entender o porquê deste silêncio todo da Coordenação. Precisamos resolver nossas vidas [...] pela segunda vez peço à Coordenação que não mais adie a comunicação oficial do nosso destino.[...]

MENSAGEM 3:

Cara colega ex-pitiana e futura desempregada não se desespere, pois muita gente encontra-se na mesma situação. É lamentável a falta de humanidade e eficiência desta Coordenação para com profissionais que saíram de seus estados para tão longe na tentativa de trabalhar por uma saúde pública de melhor qualidade, sendo para esse governo mais conveniente investir na ambulancioterapia do que em profissionais comprometidos com a saúde. Fica aqui o meu protesto e desapontamento com a condução final deste programa, que com certeza foi um marco importante na história da saúde pública do país, por ter combatido o problema dos recursos humanos em regiões carentes e de difícil acesso. Tenham, por favor, consideração com a futura classe de desempregados deste país, mostrando sensibilidade a brasileiros e brasileiras que por um momento acreditaram nas propostas de mudança desse governo. Indignada com o descaso [...]

MENSAGEM 4:

Caros colegas médico(a)s e enfermeiro(a)s do PITS I, II e III: entendo o nível de ansiedade que todos nós passamos atualmente faltando apenas 66 dias para o término oficial do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, e também quanto à preocupação quanto ao nosso futuro como profissionais de saúde que somos, sendo que desenvolvemos em cada uma de nossas áreas de abrangência, um trabalho efetivo que mudou em definitivo a realidade da população adscrita durante o nosso tempo de permanência. Tenho a convicção, através de uma conversa telefônica que tive com a nossa mediadora [...], que me confirmou que de nenhuma forma nós, profissionais de saúde, seremos abandonados no final de junho de 2004. A intenção real é decidir qual será a melhor maneira de procurar nos manter nos municípios em que estamos, tais como por exemplo:

- a) transferência de verbas diferenciais através do governo federal para os municípios;
- b) decisão por parte do Tribunal de Contas em prorrogar novamente o repasse de verbas pelo CNPq até pelo menos o final deste ano de 2004, devido ao fato de ser um ano de eleições municipais.

Com certeza absoluta, o silêncio dela até o presente momento é devido à preocupação [...] em fornecer uma informação oficial e concreta dando uma solução para o presente impasse. Por favor, vamos ter otimismo de que tudo se resolverá da melhor forma possível. Peço a todos os nossos colegas pitianos um voto de confiança na nossa mediadora [...]. Assim que ela achar a melhor forma, estou convicto de que irá se pronunciar oficialmente para todos nós.[...]

Mais uma vez, o esclarecimento veio primeiro por meio dos próprios profissionais, sem que a Coordenação Nacional tivesse se pronunciado:

MENSAGEM 1:

Recebi da Coordenadoria do PITS/Ceará a seguinte mensagem: 'Comunicação sobre o PITS [...] Senhores Profissionais, Estamos nos aproximando do vencimento do contrato de bolsista do CNPq (PITS) que será em 30/06/2004. A Coordenação Nacional do PITS nos informou que a nova proposta de continuidade de tratamento especial aos municípios com IDH abaixo de 0,7 passou na Tripartite no último dia 29/04/2004. A proposta ficou assim: todos os municípios contratados com o PITS e os municípios com a população = 30.000 habitantes receberão incentivo por equipe do PSF cadastrada com 50% a mais do valor inicial. Ex.: município com 70% de cobertura do PSF recebe hoje X e passará a receber Y. Essa nova modalidade entrará em vigor a partir de 01/07/2004'. [...]

MENSAGEM 2:

Colegas, é profundamente preocupante a forma com que vem sendo conduzido o término do PITS. Pois a Coordenação do PITS no Ceará, conforme comunicado do colega [...], já comunicou aos profissionais a data do fim do PITS, bem como as decisões tomadas na Tripartite e, mesmo assim, persiste o silêncio da Coordenação Nacional no tocante ao assunto em pauta, cujo interesse dos profissionais é muito relevante. Concordo plenamente com as preocupações dos colegas, pois nós, profissionais, estamos sem nenhuma perspectiva, principalmente num momento bastante delicado em virtude do período eleitoral que se aproxima (eleições municipais), pois conhecendo a realidade dos municípios sabemos perfeitamente que existirão outros interesses, os quais serão considerados prioritários, especialmente com incremento de incentivos financeiros do MS para o PSF, que não asseguram pagamento de recursos humanos.

Relaciono preocupações pertinentes que não poderão, de forma alguma, ser desconsideradas:

- a diferenciação salarial existente hoje em um mesmo município entre o salário do PITS e PSF;
- o atraso salarial dos profissionais do PSF, em sua maioria;
- autonomia do município para contratar profissionais;
- a não existência de uma política nacional de remuneração dos profissionais do PSF para execução de uma mesma atividade em um programa (estratégia) de âmbito nacional e com os mesmos objetivos

(melhoria de indicadores, assistência integral e humanizada, acessibilidade, prevenção de doenças e promoção de saúde e estímulo ao controle social etc);

- educação continuada.

Considerando a situação em curso, ou seja, aproximação do término do PITS concomitante com o prazo máximo para contratação de profissionais (de acordo com a lei eleitoral), bem como a indefinição dos gestores no que diz respeito a contratar os profissionais do PITS, concluímos que estamos correndo um grande risco de ficarmos excluídos e com pouquíssimas opções (relação oferta x procura). Confiante de que a Coordenação Nacional está analisando, cuidadosamente, o que foi decidido na Tripartite, a qual não contempla os interesses dos profissionais, aguardo que a decisão final leve em consideração todas as apreensões supracitadas e outras pertinentes aos recursos humanos do SUS.

Em função desse diagnóstico, os profissionais do PITS começaram a se mobilizar, por meio do Fórum, para tentar evitar a extinção do Programa:

MENSAGEM 1:

Caros colegas, aceitando sugestão de um colega de trabalho que diz para que todos os nossos prefeitos enviem carta pedindo a continuação do PITS, endereçada à Coordenação Nacional do PITS, à Coordenação Estadual e ao Jornal [nome do jornal], quem sabe aí então poderíamos ter uma resposta mais efetiva. Vamos aceitar essa sugestão????

MENSAGEM 2:

[...] vamos promover reuniões estaduais para discussão sobre os rumos do PITS? Embora estejamos em situação irregular, pois muitos permanecem há quase 3 anos sem vínculo ou direitos empregatícios, ainda acreditamos que o PITS possa ser uma melhor opção, se comparado ao contrato feito com algumas prefeituras, acostumadas a não cumprirem os seus compromissos, pagarem mal a maioria dos seus empregados e atrasarem o salário de seus funcionários. Seria o tempo, talvez, de tentarmos discutir saídas para o impasse. Sabemos que o PITS só existiu porque determinadas cidades estavam com a saúde muito deficiente. Então, o que melhor fazer para darmos continuidade às ações realizadas até aqui? Uma proposta seria a continuação do PITS até dezembro. É possível? Porém, como proceder após esta data? O ideal seria continuarmos nas cidades em que fomos lotados, porém sob contrato empregatício. Se muitos municípios não apresentam condições para nos oferecerem a tranquilidade de uma remuneração apropriada e estável, como contornar isto, sem ferir os princípios do SUS? Buscando coerência, preferindo administrações menos centralizadas, será que os estados não poderiam absorver este contingente de trabalhadores? Seria a melhor opção? Que vínculo buscamos - federal, estadual ou municipal? O que seria melhor, para nós e para o SUS? Sabemos que, em saúde, muitas vezes devemos agir de maneira adaptada ao meio, buscando as soluções mais eficientes. E então, como proceder? Creio que poderemos começar através de reuniões, a fim de discutirmos os vários pontos de interesse, buscando uma unificação de nossas ações.

MENSAGEM 3:

Caros colegas, através de uma pessoa amiga que mora em Belo Horizonte e aqui onde estou não tem acesso nem a jornal, fiquei sabendo que foi divulgado um artigo sobre o PITS, onde dizia tudo aquilo que já ficamos

sabendo. Que irá terminar em julho, que o Ministério está querendo que as prefeituras fiquem com a gente, que os salários não estão definidos, e por aí vai. É... acho que estamos mesmo precisando juntar as caixas de papelão para levar nossas coisas para casa. Se alguém tiver acesso a essa notícia do Jornal [nome do jornal], data de 16 de maio de 2004, faça a gentileza de responder. Nossa situação está braba, no entanto não podemos desanimar...

MENSAGEM 4:

PITS Ceará: concentremos nossos esforços a fim de viabilizarmos a prorrogação do PITS até dezembro. Foi decidido por unanimidade, em reunião neste dia (19 de maio), concentrarmos nossos esforços tentando viabilizar a prorrogação do PITS até dezembro, de modo a atravessarmos com maior tranquilidade o período das eleições políticas. Deveremos redigir documento, buscando o apoio dos vários colegas e gestores. Uma próxima reunião de avaliação foi marcada, possivelmente, para a próxima 4ª feira, a confirmar. Gostaríamos, também, de saber como andam os colegas de outros estados.

MENSAGEM 5:

A idéia seria cada grupo de colegas reunir-se em seus estados, a fim de formalizarem frentes para a defesa de seus interesses. Cada estado poderia, a seu modo, escolher as melhores estratégias, aquelas mais adaptadas ao seu contexto específico. Porém, lembrem-se que o nosso tempo está muito curto! (deveremos, portanto, tentar agir com destreza). A minha mensagem, a princípio, foi para os colegas do Ceará, dando continuidade ao que foi decidido em nossa última reunião [...]. Porém, creio que seja interessante vocês, de outros estados, de maneira consciente, formalizarem o apoio dos vários profissionais de saúde e gestores municipais em defesa da prorrogação do PITS. Neste caso, vocês poderiam redigir um documento e enviá-lo para as diversas esferas gestoras do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Seria bastante apropriado estarmos sempre informando outros estados como estão as negociações e quais rumos estamos tomando.[...]

MENSAGEM 6:

O que está ocorrendo é política, logo, penso que o nosso alvo são os senhores deputados estaduais, federais e senadores da oposição, aí sim, é possível, que haja barulho e desta maneira poderemos ter alguma chance.[...]

MENSAGEM 7:

Conforme decidido na reunião de [nome do município], devemos concentrar nossos esforços em busca do apoio formal dos gestores e profissionais de saúde, visando a prorrogação do PITS. São três documentos, endereçados à Coordenação Estadual do PITS, Coordenação Nacional do PITS e Ministério da Saúde. Estes documentos deverão ser [...] utilizados para que cada município busque o apoio formal dos vários profissionais e gestores da saúde interessados na prorrogação do PITS. Cada um dos três documentos deverá ser entregue, devidamente assinado, em nossa próxima reunião, a fim de darmos continuidade ao processo.[...]

MENSAGEM 8:

Concordo que o CNPq visa a pesquisa e não o trabalho, que desde o início sabíamos do término, mas peço aos Coordenadores que implantem um novo Programa de Interiorização de Profissionais, pois este povo brasileiro precisa muito e está muito longe do SUS que queremos. O SUS que permanece no

papel para muitos, aqui se vê colocar fezes de papagaio no ouvido quando se tem dor, tomar urina de cachorro quando tem diabetes, para tosse fezes de cachorro bem clarinhas, e por aí afora. Eu tenho certeza, e vi sentindo na pele, que precisamos fazer valer pelo menos um princípio do SUS neste país: equidade. Saúde é direito do Povo e dever do Estado. Aguardamos com ansiedade notícias oficiais quanto a prazos e outros pormenores. Sei que muitas vezes opiniões neste Fórum podem fazer um coordenador, que tem o poder nas mãos, se questionar, repensar, dialogar, voltar atrás, resgatar princípios, acredito no bom senso deste governo.

Enquanto a Coordenação Nacional não se manifestava, até mesmo informações sobre aspectos operacionais do Programa chegavam aos profissionais por outras fontes, conforme é possível observar em algumas mensagens do Fórum, como a que se segue:

MENSAGEM 1:

Recebi, hoje, da Coordenação do PITS/Ceará, o seguinte e-mail referindo que não mais teremos o 0800/conectividade do PITS a partir de amanhã (25/maio):

'Caro(a) Profissional, em virtude da finalização do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS/M.S. estamos comunicando que a conectividade estará sendo desligada a partir de 25/05/2004. Favor acusar o recebimento desta mensagem.[...]

Mas, o PITS, a princípio, não iria até final de junho??????? Estaremos sem conectividade até lá ?

Somente no final de maio a Coordenação Nacional respondeu, no Fórum do PITS, às inquietações dos profissionais, com a divulgação de um novo ofício:

Dirigimo-nos a Vossa Senhoria para informar que a proposta de Incentivo ao Programa de Saúde da Família-PSF para pequenos municípios foi aprovada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 29 de abril de 2004.

Por decisão do Tribunal de Contas da União-TCU, a remuneração dos bolsistas do PITS/CNPq somente poderá ser mantida pelo Ministério da Saúde até 30 de junho de 2004. Mediante o exposto, orientamos que as Coordenações Estaduais de Atenção Básica/PSF e os municípios envolvidos encaminhem, com urgência, solicitação para a próxima reunião da Comissão Intergestores Bipartite-CIB do seu Estado, proposta de qualificação de equipes de Saúde da Família no número correspondente ao número de equipes PITS hoje existentes em cada município (ad referendum).

A aprovação de qualificação de equipes pode considerar, inclusive, as equipes incompletas do PITS. Essa medida visa dar agilidade ao processo de transição das equipes do PITS para equipes da Saúde da Família. Após a aprovação na CIB, os estados devem informar ao Ministério da Saúde para publicação. A partir daí, os municípios devem contratar os profissionais das equipes e cadastrá-los via SIAB como equipes da Saúde da Família. Em relação às equipes incompletas, na medida em que forem sendo completadas, devem ser informadas como equipes da Saúde da Família, passando a receber os recursos correspondentes.

Sugerimos que a qualificação pela CIB estabeleça um prazo de 60 (sessenta) dias para regularização do processo, com encaminhamento do plano elaborado pelo município e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Salientamos a necessidade do comprometimento de todos os gestores para que não haja descontinuidade na atenção à saúde prestada à população e de que a experiência e o acúmulo dos profissionais do PITS sejam levados em conta.

O ofício provocou reações de desânimo e desesperança nos profissionais do PITS, manifestadas no Fórum, particularmente entre os que ainda acalentavam a expectativa de que o Programa não viesse a ser extinto:

MENSAGEM 1:

O ofício enviado nos deixou com mais tristeza, desmotivados para prosseguir nosso trabalho. São sabidas, desde janeiro, as decisões que porventura seriam tomadas na reunião da Tripartite e do prazo do TCU. Porém, achávamos que o desfecho seria outro, quem sabe uma possível prorrogação até dezembro, ou alguma ONG, pois o período eleitoral se aproxima e a nossa realidade é de que prevalecem aqueles que se comportarem como verdadeiros cabos eleitorais. Não temos nenhuma garantia de sermos contratados, nem tão pouco de recebermos nosso salário em dia. Será que depois de tudo o que enfrentamos e de tanto investimento, não merecemos no mínimo isso?! [...] Acredito que vamos passar por um momento de regressão na saúde, já que as propostas destes municípios onde nos encontramos atualmente não estão oferecendo uma proposta salarial digna, o que levará o profissional a sair do município e pela precariedade exposta, o município poderá até ficar descoberto de profissionais, acarretando novamente na piora desses indicadores. Será que é isso que a comunidade quer? Que o MS quer? Vocês não estão pensando nas conseqüências dessas decisões verticalizadas? Lamento muito, e acho que devemos repensar e buscar outro caminho, ampliar nossos horizontes.

MENSAGEM 2:

Após um longo e tenebroso tempo de espera, o comunicado oficial da Circular nº 01/SGTES/SAS/MS não deixou claro alguns questionamentos [...] estamos assistindo a decisões verticalizadas [...]!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

MENSAGEM 3:

Manifestação do PITS/Ceará - Redigida na penúltima reunião de [nome do município].

Nós, enfermeiros e médicos, especialistas em Saúde da Família, dirigimos nossas palavras de preocupação e alerta quanto à desativação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), responsável pelo atendimento de milhares de famílias, em todo o Brasil. Causa-nos estranheza e extrema preocupação a inativação de um programa em que foram investidos grandes esforços para a capacitação dos vários profissionais de saúde e colocação destes nos vários municípios brasileiros, possuidores de indicadores de saúde ruins e carentes de profissionais de saúde de nível superior. Fomos selecionados pelo Ministério da Saúde e treinados sob a supervisão de universidades de prestígio nacional, a fim de melhorarmos os principais indicadores de saúde dos municípios assistidos pelo PITS. Hoje, em plena época de eleições políticas, em um período tão difícil para encontrarmos boas propostas de trabalho, estamos sendo 'exonerados' e deixados à mercê das escassas ofertas de emprego, resultantes do impedimento às novas contratações de trabalhadores, conseqüentes à lei eleitoral brasileira. A contrapartida da Coordenação Nacional do Programa

de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) é de incorporação dos profissionais do PITS ao sistema de saúde dos municípios em que fomos lotados, sendo que nossos salários seriam pagos, a partir de julho, pelos gestores municipais. Conseqüentemente, ficaremos à mercê de administrações municipais que talvez não cumpram, de modo regular, os seus compromissos salariais para com os seus novos contratados. Entendemos que o Programa PITS não deveria terminar em um período tão impróprio, como este período eleitoral que atravessamos. cremos que isto somente irá contribuir para uma maior desorganização do sistema de saúde vigente, além de servir para incrementar mais ainda o nível de desemprego em nosso país.

Mas a decisão de extinguir o PITS, incorporando os profissionais aos sistemas municipais de saúde, estava tomada e já mostrava-se irreversível. Em 18 de junho de 2004, a Coordenação Nacional divulgou, no Fórum, novo ofício com detalhes dos procedimentos operacionais para a finalização das atividades do Programa:

Considerando a necessidade de agilizar as demandas referentes ao término do convênio entre o Ministério da Saúde e o CNPq; o prazo de remuneração dos bolsistas até 30 de junho de 2004 e a inserção do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde/PITS na política de saúde da família vimos por meio deste informar:

1.O pagamento dos bolsistas referente ao mês de junho de 2004 será efetuado até o quinto dia útil do mês de julho/2004.

2.A folha de frequência referente aos meses de maio e junho/2004, deverá ser encaminhada até o dia 25 de junho/2004 (prazo improrrogável), sendo realizada de forma minuciosa considerando que os profissionais que não forem inseridos ao Programa Saúde da Família deverão atuar no Município até o dia 30 de junho de 2004. Solicitamos especial atenção no preenchimento da planilha de frequência no sentido de que seja informado o nome de todos os profissionais que se desligaram durante os meses de maio e junho contendo a data exata de cada desligamento.

3.Tendo em vista que esta será a última folha de pagamento, esclarecemos que qualquer solicitação em relação a pedidos de pagamentos retroativos, ou pagamento por suspensão de bolsas, não serão aceitos após o fechamento da folha pelo CNPq, nesse sentido, solicitamos de Vossas Senhorias que seja observada a existência de casos pendentes de pagamentos. E caso haja, que os mesmos sejam solicitados na própria frequência dentro do prazo improrrogável (25/06/2004), caso contrário, as pendências não mais serão pagas pelo CNPq após o encerramento do convênio.

4.Não haverá recesso.

5.As passagens dos profissionais que forem retornar para o seu estado de origem deverão ser solicitadas com antecedência, pelas coordenações do PITS/Atenção Básica ao DEGES/SGTES/MS através do [...].

Diante da irreversibilidade da decisão e da contundência do ofício, restou aos profissionais deixarem seu desabafo registrado no Fórum. Um desabafo lúcido, que chama a atenção para o fato do PITS ter, na realidade, estabelecido uma relação de trabalho entre o Ministério da Saúde, o CNPq e os profissionais, com todas as implicações jurídicas daí

decorrentes, apontadas inclusive pelo TCU. Um desabafo que evidencia aspectos determinantes para iniciativas destinadas à interiorização de médicos e que serão explorados nas conclusões deste capítulo:

MENSAGEM 1:

[...] É lamentável a falta de seriedade das instituições, nesse país. O que o Ministério da Saúde fez com o pessoal do PITS, principalmente, o PITS III, foi o que se chama quebra de contrato. [...] É preciso informar aos demais participantes que é lícito e legal processar o Ministério da Saúde por quebra de contrato. Não é pelo dinheiro, mas uma forma de mostrar aos indivíduos descompromissados que ocupam cargos políticos nesse país que nosso povo não é burro e que sabe cobrar respeito e dignidade, na verdade o que paga os salários deles são nossos impostos e moral. Vamos acionar essa vergonha, em prol da moralização da nossa Nação já tão sucateada por esses indivíduos que não merecem o nosso respeito.

MENSAGEM 2:

[...] a Coordenação Nacional [...] estará aprofundando cada vez mais a tão abominável precarização do trabalho em saúde (tão discutida no seminário nacional de avaliação do PITS e repudiada pela atual gestão do Ministério da Saúde). Pois, além da vigência do Contrato PITS II ser 08/2002 a 06/2004 totalizando apenas 23 meses, ou seja, não correspondendo ao contrato inicial de 01 ano com renovação por igual período, não houve concessão do gozo de férias de 30 dias anuais e remuneração legal de 1/3 adicional de férias, bem como 13º salário e outras garantias trabalhistas. [...] Pela valorização, respeito e dignidade aos recursos humanos do SUS.

MENSAGEM 3:

Prezados senhores que acreditaram no PITS. [...] me gerou um sentimento de revolta e vergonha, por saber que certos programas dependem de elementos que se dizem brasileiros, e mais a sensação de mais uma vez ter sido vencido e enganado pelo sistema onde predomina a corrupção e o desmando. Prezados colegas, cidadãos brasileiros, pais de família, idealistas (otários no nosso país), pagadores de impostos, que saíram dos seus lares, estados, do aconchego dos familiares, acreditando em um sonho, e também por uma remuneração um pouco menos indigna do que normalmente se paga a quem trabalha sério nessa nossa nação. Quem não pensa, ao chegar em uma comunidade carente aqui do nosso Nordeste, que vai melhorar alguma coisa para aquelas pessoas, que estão em um limite tênue entre ser um ser humano ou qualquer outro animal? Quem não se realiza com um sorriso de uma criança que antes chorava de dor ou de fome (obs.: o pessoal que tá no DF não sabe que isso existe aqui não, acha que só tem na África)? Quem não se sente realizado depois de um dia exaustivo de trabalho embaixo de um sol de mais de 40 graus, ver que uma, apenas uma pessoa, vai dali em diante ferver a água para beber? Fiquem certos e orgulhosos de que quem comprou essa idéia são os verdadeiros brasileiros, parabéns, modéstia à parte, palmas para nós, nosso ego precisa de massagem de vez em quando. Nós somos aqueles que vão à luta, como dizia o poeta. Após expor meus sentimentos nesse breve momento (não sei se vão deixar ficar no fórum muito tempo), quero convocar todos os participantes que se sentem desrespeitados como eu, a mover uma ação contra quem de direito (MS/CNPq), para que novos episódios semelhantes a esses não venham novamente a acontecer. Penso que esse é o único meio para tentar moralizar essa nossa pátria.

MENSAGEM 4:

Sons do silêncio. [...] A rigor, em 2001, quando muitos profissionais ingressavam no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, a maioria não tinha clareza do que realmente os aguardava. Eu pelo menos não. Muito menos que dois anos depois, próximo ao terceiro, ainda estaria inserido no mesmo projeto. Menos ainda, que estaria sentado neste momento tentando compartilhar minhas angústias, ou melhor, quem sabe, mágoas [...] E agora José? Naqueles idos, sentia-me como muitos, meio desbravador, meio cidadão do mundo, de quem o mundo cobra algo mais, além de 'ficar com a boca cheia de dentes esperando a morte chegar'. Grande Raul! E agora Maria? Disseram-nos que estavam nos destinando a locais onde os indicadores de saúde estavam muito abaixo do esperado, quanto mais desejados. Uma meia verdade incontestável. O que não nos foi dito, em silêncio oportuno cumpliciado por nossa surdez eufórica, é que um outro indicador, tão ou mais aterrador estaria nos esperando, ao qual vamos denominar inaptidão gerencial. Característica, aliás, de grande parte desses municípios, onde imperam oligarquias decadentes há décadas - não me desculpem pelo trocadilho proposital. Injusto se não ressaltássemos a máxima de que a toda regra cabe exceção. Caso exista nesse caso. [...] À época, escutamos outros sons meio ao silêncio. Sons que entendemos bem e aos quais não vou me ater. Afinal, as últimas eleições presidenciais já têm um bom tempo. Também não me atarei ao som turbulento promovido pela clara verticalização do processo. Veio à mente se não o estamos escutando novamente. Não sei. Penso que muitos devem estar se perguntando: e agora José? E agora Maria? Muito do pouco que fizemos, o conseguimos em função de uma certa 'autonomia' frente ao caos estabelecido pela mesma oligarquia a que querem nos subordinar. Num período em que qualquer som pode significar 'o que nunca foi dito'. Insensatez? Há que se ter fé e também esperança, como clamam alguns, até porque tê-los só depende de nós. Mas o momento exige muito mais. Exige ter a clareza de que estão surdos os que como eu, até o momento, não auscultam a cruel insensibilidade dos que usam o silêncio como armadura, nos deixando a mercê de nossas angústias.

MENSAGEM 5:

Tenho trabalhado em municípios do interior do Brasil desde que me formei em 1994, sendo que desde 1998 como médico do PSF. O que me fez aderir ao PITS em 2001 não foi o valor da bolsa, mas sim o conjunto de medidas complementares que visavam compensar as deficiências vivenciadas por quem mora e trabalha no interior, principalmente às relacionadas à educação continuada, à qualidade de vida e às condições de trabalho. O Ministério da Saúde garantiu, expressamente, que os profissionais do PITS teriam direito a curso de especialização, educação continuada, conectividade e tutoria, receberiam o salário em dia, teriam seguro de vida, moradia digna e boas condições de trabalho, ou seja, condições de vida e trabalho necessárias para que pudessem exercer dignamente a medicina nos mais longínquos municípios do País. Condições essas que não existiam no PSF daquela época e que continuam não existindo atualmente no PSF da grande maioria das cidades do interior do Brasil. Posso dizer que o PITS funciona, com alguns problemas, mas funciona. Fiz o curso de especialização, não fiz a educação continuada à distância, a conectividade funciona relativamente bem, os tutores não receberam das Secretarias Estaduais de Saúde condições para exercerem adequadamente suas funções, recebo meu salário em dia (ainda não me esqueci que estão faltando os 10% relativos a julho de 2003), minha moradia ainda está longe de ser digna, as condições de trabalho ainda não

são as ideais, até hoje não recebi o meu kit de materiais (está em processo de licitação desde 2001), o kit da farmácia básica não dá nem para o básico, mas enfim, consegui, juntamente com minha equipe, fazer um bom trabalho.

Com a chamada institucionalização e integração do PITS ao PSF, o Ministério da Saúde repassará apenas o incentivo diferenciado para o PSF dos municípios selecionados, que farão com os recursos o que bem entenderem, como na verdade historicamente sempre o fizeram, e nós passaremos a ser reféns dos prefeitos e secretários municipais de saúde, uma vez que sabemos que as Secretarias Estaduais de Saúde não têm recursos financeiros nem humanos suficientes para fiscalizarem o funcionamento das equipes do PSF. Por isso, grande parte dos profissionais do PITS, principalmente os médicos, já abandonaram o Programa, fazendo com que a maioria das equipes esteja apenas com o profissional de enfermagem (resistindo bravamente) ou simplesmente já tenham deixado de existir, o que influi negativamente nos indicadores de saúde dos municípios contemplados com o PITS. Na minha opinião o PITS está no caminho certo, mas com certeza precisa de ajustes. Porém acredito que a solução encontrada pela Coordenação Nacional do Programa não é a mais adequada, sendo na verdade um retrocesso, pois em vez de estimular a interiorização de mais profissionais de saúde, está fazendo com que os profissionais já interiorizados retornem para as capitais. Entretanto, no íntimo da minha militância, espero estar enganado [...].

Ao ser entrevistada para o estudo, a então Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde esclareceu que a decisão de extinguir o PITS e incorporar os profissionais aos sistemas municipais de saúde foi tomada, fundamentalmente, pela impossibilidade jurídica de mantê-lo no formato de um programa de interiorização. Impossibilidade decorrente do modelo adotado quando de sua concepção, considerada inadequada, do ponto de vista legal, pelo Tribunal de Contas da União, por acarretar uma relação de trabalho precária, conforme declara a secretária:

É que assim, tanto o Tribunal de Contas quanto o Ministério Público do Trabalho... no momento que a gente botou o pé lá acionou o Ministério, entrou com um inquérito civil público, o Ministério Público do Trabalho em relação a toda a precarização das relações de trabalho. [...] São processos contra nós, contra o Ministério, mas que a gente respondia.

Ainda segundo a secretária foram estudadas outras alternativas, inclusive do tipo serviço civil voluntário, mas que se mostravam inexecutáveis dentro dos prazos definidos pelo Tribunal de Contas e pelo Ministério Público do Trabalho para o encerramento do modelo PITS.

Por fim, o desempenho do PITS como um todo – considerando-se aí todo o seu processo de funcionamento e, conseqüentemente, a atuação da Coordenação Nacional como gestora máxima – foi considerado pela maioria dos médicos participantes do Programa, na avaliação promovida pelo Ministério, como regular (68,8%). Apenas 18,8% o consideraram *bom* e para 12,5% foi *insuficiente* (Ministério da Saúde, 2002b).

5.2.4. Atuação das Coordenações Estaduais

A participação dos estados no PITS iniciou-se quando da sua formulação, por meio de representação na figura do próprio presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A discussão se estendeu para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde foram debatidos os possíveis mecanismos e alternativas para promover a fixação de profissionais de saúde nos municípios mais carentes do país.

No entanto, em que pese essa participação, na avaliação do então presidente do CONASS, em entrevista para este estudo:

O Ministério da Saúde privilegiou a relação direta com os municípios, como ocorreu em muitos casos do próprio processo de municipalização. Quando as secretarias estaduais de saúde procuravam os municípios, verificavam que eles já estavam negociando benefícios e estímulos diretamente com o Ministério.

Essa estratégia foi considerada por ele como equivocada:

Os estados foram consultados muito mais para referendar a proposta de criação do PITS do que para interferir efetivamente nos seus delineamentos e rumos. Houve, por exemplo, discrepância entre a lista de municípios indicados pelas secretarias estaduais de saúde para serem contemplados pelo Programa, por avaliação das equipes técnicas, e a lista do Ministério.

Com a criação da Coordenação Nacional, foram criadas também coordenações nos estados, vinculadas às secretarias de saúde, sendo os coordenadores escolhidos pelos respectivos secretários. As coordenações estaduais tinham as seguintes atribuições, definidas pela Portaria nº 227/GM:

- [...] 1.2.1. articular, junto aos Pólos de Capacitação em Saúde da Família e às Instituições de Ensino Superior, a supervisão e a tutoria dos profissionais participantes do Programa;
- 1.2.2. garantir os deslocamentos intermunicipais dos profissionais integrantes do Programa no desenvolvimento de suas atividades;
- 1.2.3. planejar e acompanhar junto à Secretaria Estadual de Saúde a referência para o atendimento de pacientes encaminhados para especialidades, emergências ou internações;
- 1.2.4. operacionalizar o processo de habilitação dos municípios no Programa;
- 1.2.5. acompanhar, supervisionar e avaliar a sua implantação e o funcionamento do Programa;
- 1.2.6. garantir hospedagem de trânsito e o transporte dos profissionais entre o estado e o município de destino;
- 1.2.7. supervisionar junto às Prefeituras Municipais a hospedagem, alimentação e transporte dos profissionais; e
- 1.2.8. apoiar a Comissão Nacional de Seleção no processo seletivo no âmbito do respectivo estado.

O desempenho das coordenações estaduais foi muito variado. Segundo dados da avaliação promovida pelo Ministério da Saúde, referida na seção anterior, metade dos profissionais participantes do PITS considerou o desempenho da respectiva Coordenação Estadual como *bom*. Outros 31,3% avaliaram a coordenação do Programa em seus estados como *regular* e 18,8% como *insuficiente* (Ministério da Saúde, 2002b).

No caso de dois estados, Acre e Tocantins, os gestores estaduais, por iniciativa própria, concederam um incentivo financeiro a mais para os médicos, incidindo sobre o valor da bolsa paga pelo PITS, o que resultou em ampliação do preenchimento das vagas destes estados, da ordem de 70% (Ministério da Saúde, 2002b e 2002d).

Ao ser entrevistado para o estudo, o ex-Secretário de Políticas de Saúde, um dos formuladores do PITS, admitiu que: "[...] *em alguns estados, o envolvimento da Secretaria Estadual apresentou algum grau de dificuldade, ou por discordância acerca da condução do Programa ou por dificuldade operacional mesmo [...]*".

Esses fatores apontados pelo ex-Secretário e as características da inserção dos estados na formulação do PITS, conforme descritas pelo representante do CONASS, podem explicar as raras referências feitas pelos profissionais às coordenações estaduais, no Fórum do PITS. Quando há alguma referência, nas 352 mensagens ali disponíveis, o que se revela é exatamente o pouco envolvimento dos estados no desenvolvimento do Programa. Parece que este envolvimento teve um caráter muito mais administrativo do que propriamente político e de efetivo comprometimento com a proposta.

Isso trouxe implicações para um dos mais importantes fatores para a boa prestação de atenção à saúde nos municípios contemplados pelo Programa e que figura entre as já citadas atribuições das coordenações estaduais: o planejamento e acompanhamento do sistema de referência para o atendimento de pacientes encaminhados para especialidades, emergências ou internações.

A ex-Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, responsável pela gestão política do PITS a partir de 2003, em entrevista para o estudo, destaca esse aspecto: "[...] *Eu acho que esse é um dos sérios problemas, essa coisa da relação com o resto do sistema, com a Secretaria Municipal de Saúde, com os serviços de saúde em si. Como era uma relação direta com o Ministério, era um problema complicado em termos da descentralização, em termos da estrutura.*"

5.2.5. Atuação dos municípios

Assim como os estados estiveram representados pelo CONASS no processo de formulação do PITS, também os municípios contaram com a representação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Tal como o CONASS, essa representação se deu por meio do presidente do Conselho, que assim como seu colega da esfera estadual tem uma avaliação crítica sobre a inserção da instância municipal no processo de formulação e gestão do PITS. Ao ser entrevistado para o estudo, declarou que essa inserção se deu em função de uma necessidade de pactuação por parte do Ministério, de uma proposta construída pelo próprio, onde o CONASEMS esteve inserido muito mais no sentido de "[...] *pactuar criticamente [...] do que uma construção, uma co-gestão desse processo.*"

Se considerarmos as atribuições municipais, definidas pela Portaria (nº 227/GM), que criou o Programa, percebemos que realmente são atribuições de caráter essencialmente operativo:

- 4.1. promover a organização da atenção básica em seu território, contratando, na forma da lei, os demais profissionais necessários a sua consecução;
- 4.2. garantir alimentação e moradia em condições de conforto e higiene adequadas, de forma individualizada e exclusiva, aos participantes do Programa em atividade no seu território;
- 4.3. assegurar a disponibilidade de unidade básica de saúde para o desenvolvimento das atividades inerentes ao Programa, provendo a sua respectiva manutenção e limpeza;
- 4.4. fornecer os equipamentos necessários para a prestação da atenção básica;
- 4.5. viabilizar a realização de exames laboratoriais básicos de diagnóstico;
- 4.6. assegurar o fornecimento de vacinas, medicamentos essenciais e outros insumos básicos para o funcionamento da unidade;
- 4.7. garantir o quantitativo necessário de auxiliares de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, observadas as diretrizes do PACS;
- 4.8. assegurar transporte adequado para a transferência de pacientes, de acordo com a indicação médica;
- 4.9. assegurar suporte necessário para a referência e a contra-referência; e
- 4.10. garantir o transporte dos integrantes do Programa para o desenvolvimento de suas atividades no município.

Esse caráter mais operativo, atribuído pelo Ministério da Saúde à participação municipal no PITS, em detrimento de uma relação de co-gestão, como ressaltado pelo então presidente do CONASEMS, pode explicar algumas características e problemas que o Programa apresentou ao longo de seu desenvolvimento. O que acaba sendo confirmado, quando se analisa o documento "Tópicos da Política de Desenvolvimento de Recursos

Humanos para o Sistema Único de Saúde", apresentado pelo Ministério da Saúde no Seminário Internacional sobre Política de Recursos Humanos em Saúde, promovido pela OPAS em novembro de 2002. O documento aponta as fragilidades do PITS relacionadas com a atuação dos municípios, que seriam:

- [...] ✓ desconhecimento, por parte de alguns gestores municipais, dos princípios do PITS e da Estratégia de Saúde da Família, o que pode comprometer o bom desempenho de ambos os programas naquelas localidades;
- ✓ o não cumprimento da contrapartida municipal pelos gestores, levando ao não atendimento das condições especificadas no PITS;
- ✓ dificuldades em estabelecer um sistema de atendimento à população de referência especializada e contra-referência. (Ministério da Saúde, 2002e: 19).

Ora, como municípios com sistemas de saúde incipientes e precários podem conhecer os princípios do PITS e da Estratégia de Saúde da Família sem que sejam incorporados num processo efetivo de co-gestão, devendo limitar-se a cumprir atribuições de caráter fundamentalmente operativo?

Trata-se de uma indagação que os próprios profissionais do PITS, logo após sua chegada aos municípios, rapidamente se fizeram, identificando a necessidade aí embutida, como pode ser exemplificado com a seguinte mensagem de um médico no Fórum:

MENSAGEM 1:

Acho que deveríamos, antes de sermos lançados nos municípios, esclarecer as diretrizes do programa com os gestores, ou até treinar gestão junto com eles, assim conheceríamos o município melhor e não estaríamos pensando que estamos no céu, mas também não ficaríamos desanimados olhando as mazelas da terra.

O representante do CONASEMS destaca, em sua entrevista, outros aspectos essenciais da relação entre entes gestores, alertando para os riscos da verticalização:

[...] o PITS é uma boa política para ser analisada de como a radicalidade da descentralização no Brasil tem dificuldade de conviver, inclusive hoje, com programas híbridos [...]. O PITS não chega a ser um Programa oblíquo, sabe, então o que eu quero dizer é que é importante a análise dele, porque o que é que vai acontecendo: a medida que ele vai sendo implantado, vai ressaltando dentro dele o grau de verticalização e os conflitos da verticalização começam a aparecer. Então uma coisa que os secretários, num primeiro momento aceitaram, que era uma coisa que resolvia os problemas deles, passou a criar outros problemas, que fugiam da governança dos secretários justamente por esse grau de verticalidade. Então ele é um bom Programa para analisar que nenhuma política num país hoje, qualquer política, ela para ter sustentabilidade, na pior das hipóteses, ela tem que ser oblíqua, porque senão é isso, ela perde força [...]

Mais uma vez, os profissionais do PITS também identificaram esse problema, considerando precária a participação dos gestores municipais nas definições do Programa, como mostra a seguinte mensagem do Fórum:

MENSAGEM 1:

Creio que está fazendo falta a participação dos gestores da saúde dos municípios do PITS, já que o nosso Programa presume acordos com eles. Se desejamos algum dia municipalizar plenamente a saúde destes municípios, seria bom ouvir o que os nossos secretários de saúde, subsecretários ou coordenadores da atenção primária têm a dizer.

O interesse dos profissionais pelos aspectos de gestão do Programa e do sistema local de saúde estendeu-se para além do discurso, com iniciativas concretas para fortalecer a gestão da saúde nos municípios do PITS e o controle social, como os exemplos abaixo, do Fórum:

MENSAGEM 1:

Realizamos a nossa 2ª reunião para a implantação do nosso conselho local de saúde. Houve a participação de vários segmentos sociais e de companheiros bastante animados para tal empreendimento. Em nossa 3ª reunião, marcada para o dia 17 de fevereiro, esperamos contar com a presença de nossa secretária de saúde. Com isto, esperamos estar cada vez mais organizados para, democraticamente, expressarmos efetivamente a vontade da comunidade, visando a conquista de valores substanciais para o aprimoramento da saúde de nossa cidade.

MENSAGEM 2:

[...] encaminhamos, abaixo, relatório anual às comunidades de áreas de abrangência e influência da nossa equipe de PSF, afixado na entrada de nossa unidade de saúde: 'Relatório Anual relativo aos meses de junho/2002 a junho/2003'. Estamos completando dois anos do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), no município de [nome do município], estado do Ceará. Após organizarmos, junto com a Secretaria de Saúde do município de [nome do município], os vários serviços e programas de atenção primária, tendo como estratégia orientadora o Programa de Saúde da Família, demos ênfase ao aprimoramento das várias unidades de saúde e à otimização da integração destas no contexto de saúde da comunidade local. Foi dada importância ao trabalho conjunto com os diversos representantes da comunidade, inclusos aí o Conselho Municipal de Saúde, diversas escolas, creches, além de outras entidades. O atendimento de puericultura e pediatria, por exemplo, foi descentralizado, sendo levado para as escolas e creches. Priorizamos a qualidade dos cuidados com a saúde. Neste sentido, a Secretaria de Saúde Municipal contribuiu para a reforma do centro de saúde [nome do centro de saúde], de modo a melhorar a prestação de nossos serviços. Também intensificamos a vigilância na qualidade do atendimento aos vários tipos de clientela e faixas etárias, como as crianças, mulheres, idosos, pacientes crônicos, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e doentes de hanseníase. Enfatizamos as medidas preventivas, como a prevenção do câncer de mama e do colo uterino. Estamos fazendo visitas domiciliares de rotina àqueles que não podem se movimentar ao centro de saúde. O prontuário familiar foi implementado. Foi dada preferência à caracterização dos diversos prontuários individuais de acordo com as peculiaridades de cada clientela. Por exemplo, temos prontuários específicos para o atendimento de idosos, crianças, adolescentes, mulheres, pacientes

psiquiátricos, etc. Administramos cursos de capacitação aos diversos agentes de saúde. Também utilizamos muitas vezes o nosso tempo em reuniões de integração, confraternização, reciclagem e planejamento de ações. Em relação às várias estatísticas existentes, a cidade de [nome do município] melhorou bastante na questão saúde. Diminuímos consideravelmente a mortalidade infantil, a mortalidade geral; melhoramos os índices de vacinação, além de outras conquistas. Atualmente, trabalhamos junto às comunidades, tentando compreender mais a fundo as várias necessidades da população, visando, assim a um desenvolvimento sustentável da atenção primária.

MENSAGEM 3:

[...] estão sendo empossados hoje os mais novos conselheiros (locais) de saúde, representantes das áreas atendidas por nossa equipe de PSF/PITS, em [nome do município]. Nesta ocasião festiva, serão fornecidos os certificados do curso de capacitação para conselheiros de saúde, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Ficamos contentes de termos mais um instrumento a nossa disposição, rumo a uma saúde mais eficiente e democrática.

MENSAGEM 4:

Vocês devem estar lembrados que um dos critérios de elegibilidade das cidades do PITS, era apresentarem sistema de saúde com organização e administração insuficientes. Todas as mudanças que conseguimos nos municípios foram conseqüência do empenho pessoal dos profissionais envolvidos, e até mesmo as mudanças ocorridas na administração e organização do serviço de saúde foram em conseqüência da atuação da equipe do PITS, e principalmente pela atuação, de certa forma, 'desvinculada' da administração local. [...] Penso que uma das atribuições colocadas no Edital do PITS e na Bolsa com o CNPQ, que é a de que os profissionais do PITS devem colaborar na implementação e organização dos serviços de saúde, deveria ser mais trabalhada e mais fortalecida, pois foi essa atribuição, na minha opinião, que deu um caráter mais resolutivo ao programa.

De modo geral, segundo a avaliação promovida pelo Ministério da Saúde e referida nas seções anteriores, os profissionais do PITS não tinham dificuldade de acesso ao secretário municipal de saúde (Ministério da Saúde, 2002b).

As condições de trabalho oferecidas pelos gestores municipais, como cumprimento da contrapartida, foram, em muitos casos, insatisfatórias. A maioria dos profissionais que responderam à avaliação do Ministério (77,2%) relatou contar com uma unidade de saúde para a execução das atividades inerentes ao Programa. Na maior parte dessas unidades, havia sala de recepção (70,7%), consultório médico (78,9%) e sala de procedimentos básicos (65,0%), mas somente em cerca de metade delas (52,0%) havia sala de vacinas. Quase 70% dos profissionais informaram não haver material e nem equipamentos suficientes para atendimento (Ministério da Saúde, 2002b).

O suporte para a referência e contra-referência também se mostrou precário, como admite o ex-Secretário de Políticas de Saúde, ao ser entrevistado para o estudo: "[...]

referências, esse é um problema, não se tinha... e isso era de se esperar porque eram os piores, entre aspas, entre os municípios, eram exatamente aqueles que explicavam a situação epidemiológica pior de todo o país [...]"

O transporte para deslocamento dos profissionais nas áreas onde o PITS estava implantado era uma das contrapartidas dos municípios. No entanto, a partir de dados da avaliação promovida pelo Ministério da Saúde, o Relatório de Gestão de 2002, do próprio MS, informa que: *"Embora o transporte exista em quase 60% dos municípios, nem sempre o serviço está disponível. Entre os que responderam a essa questão, 39,4% afirmaram que o transporte está sempre disponível, 48,9% responderam que a precariedade do transporte está dificultando bastante o desenvolvimento do trabalho, e 11,7% afirmaram que o transporte está sendo providenciado pelos gestores."* (Ministério da Saúde, 2002b: 61). Isso talvez explique o dado, obtido na mesma avaliação, de que somente 52,8% dos médicos realizavam visitas domiciliares nas áreas atendidas pelo PITS.

Os municípios deviam prover moradia e alimentação para os profissionais do PITS, o que também, em geral, revelou problemas, conforme destaca o ex-Secretário de Políticas de Saúde, em sua entrevista:

[...] outro problema, que era uma certa dificuldade de alguns municípios de oferecer aquelas condições mínimas, por falta de vontade política, por dificuldade concreta de inexistir às vezes até imóvel; o melhor imóvel, às vezes, que existia era o do próprio prefeito, às vezes tinha até prefeito que botava o profissional pra dormir na casa dele [...]

A moradia e a alimentação podiam ser proporcionadas diretamente ou por meio de ajuda de custos. Nos dois casos, foram inúmeras as queixas dos profissionais acerca do não cumprimento dessa contrapartida, seja pelas condições da moradia, seja pelos atrasos e mesmo não pagamento da ajuda de custos. Há várias manifestações a esse respeito no Fórum do PITS, exemplificadas a seguir:

MENSAGEM 1:

Colegas, vamos manifestar as nossas preocupações com o calote geral que os gestores municipais e estaduais estão para passar em nós, [...] prefeituras e estados pararam de pagar incentivos e a contrapartida e como já fizeram com colegas, que saíram em junho, não vão pagar os atrasados. [...] Bem, peço a todos que têm dinheiro a haver que se manifestem para que possamos mostrar aos nossos superiores o que está acontecendo. Nós, de [nome do município], estamos com a verba de alimentação e aluguéis atrasados há 3 meses. Os proprietários já ficam fazendo pressão sobre os profissionais para receber. Vamos todos contar o que está acontecendo, pois depois que formos embora nunca mais vamos ver a cor desse dinheiro. [...]

MENSAGEM 2:

[...] aqui em [nome do município], a situação é a mesma. Estamos com 4 meses de atraso na ajuda de custo e acho meio difícil recebermos, uma vez

que até hoje nenhum colega que deixou o programa recebeu. Estamos, como sempre, negociando com os gestores junto aos tutores pela quitação da dívida. Imagino que só se resolva judicialmente.[...]

MENSAGEM 3:

[...] a grande preocupação no momento [...] diz respeito à continuação ou não do programa, até mesmo porque se continuar ficará mais fácil receber esse dinheiro. Nós que éramos de [nome do município] e o município foi descredenciado, o que culminou com a nossa saída em junho, nunca recebemos os dois meses de atraso e até agora só promessas. Pra ser bem realista, sabe quando vamos receber esse dinheiro? Nunca!!! Por isso [...] a hora é essa, quem está com a ajuda de custo atrasada realmente tem que se articular e os colegas que não estão sofrendo com o atraso devem dar o apoio necessário para os demais com idéias e sugestões. Aqui em [nome do município], nossa ajuda de custo é de R\$ 300,00, que são revertidos em alimentação, não nos é dado dinheiro e sim um 'vale' [...]. Não é a melhor opção, mas com certeza todo mês esse valor é garantido.

MENSAGEM 4:

Nossos gestores continuam achando que estão nos fazendo um favor em nos 'aceitar' no município, que devemos mendigar a ajuda de custo que é direito nosso e dever deles. Nós somos profissionais e devemos ser respeitados.

MENSAGEM 5:

Como médico, fui admitido no PITS, em agosto próximo passado, primeiramente na cidade de [nome do município], ficamos sabendo, extra-oficialmente, que o município não dispunha de verba (R\$500,00/mês) para manter mais um profissional de saúde. Acredite se quiser. Por fim, fomos lotados em [nome do município], região centro-sul do Ceará [...]. Após nossa lotação ficamos sabendo que parte dos recursos para nossa manutenção seria fornecida pelo poder executivo municipal, os tais 500 reais. Acreditamos que tudo caminhasse dentro dos conformes. Ingenuidade! Já se passaram 4 meses e recebemos apenas o valor referente ao 1º mês. Estamos tomando conhecimento de que este fato ocorre em vários outros municípios [...]. A intenção desta mensagem é sensibilizar os demais colegas do PITS, para que possamos identificar os municípios que não estão honrando o convênio da contrapartida, logo, desconsiderando os profissionais envolvidos nesse processo de melhoria da saúde pública nacional, como também, e principalmente, demonstrando descompromisso com este segmento da sociedade. Nossa proposta é criar uma lista dos maus gestores, a exemplo do que já ocorreu várias vezes com nossos legisladores quando prejudicam a sociedade brasileira. Após a conclusão da lista poderíamos enviar aos conselhos regionais, federal, deputados estaduais, federais, enfim, onde pudéssemos formar uma opinião [...]. Após o recebimento e organização por estados desses nomes, publicaríamos a lista através deste fórum, para que todos tomem conhecimento e façam sugestões.

MENSAGEM 6:

Pois é, colegas... estamos em desvantagem, pois a pressão antes exercida pelas coordenações, no sentido de descredenciar os municípios mau pagadores agora deixa de existir, pois já que o programa irá acabar, os gestores não se preocupam mais em nos pagar...Conversando com uma amiga juíza, soube que podemos entrar na justiça baseados na assinatura do convênio, já que nele consta a obrigatoriedade dos municípios arcarem com nossas despesas residenciais. Aqui em [...], completamos 5 meses de atraso.

Pretendo entrar na Justiça ainda essa semana para tentar receber antes de ir embora, já pensando nas férias forenses. A complicação óbvia é que já fui sutilmente avisada de que o prefeito não vai gostar da minha atitude e podem ocorrer represálias....

MENSAGEM 7:

[...]queremos colocar aqui que seria interessante enviar também os nomes dos municípios que estão honrando seus compromissos. Desta maneira, poderemos demonstrar que existem gestores preocupados com a saúde pública, como também ver qual é o percentual dos maus gestores.[...]

MENSAGEM 8:

Muito bem colegas, é importante que saibamos quais são os gestores, bons ou maus pagadores. E daí!!! Quem vai fazer os mesmos nos pagarem? Qual o posicionamento da Coordenação Nacional do PITS sobre esta questão, já que a Coordenação Estadual, pelo menos a do [nome do estado], tem se mostrado inábil para isto. Aqui em [nome do município], faz 5 meses que não recebemos a contrapartida. Quando cobra-se do gestor municipal, o mesmo ironicamente alega que o município passa por dificuldades financeiras, que ganhamos bem e não precisamos deste dinheiro e também, somos privilegiados por morarmos em boas residências no município. É um abuso!!!!!! [...]

MENSAGEM 9:

[...] Aos pitianos vítimas de calotes por parte de seus gestores, um conselho: procurem a Justiça e cobrem o que lhes é de direito [...]

E, efetivamente, vários profissionais recorreram à Justiça, depois de tentarem resolver o problema junto à Coordenação Nacional e estadual sem sucesso, conforme depoimentos no Fórum, tais como:

MENSAGEM 1:

A quem interessar possa:

Particpei do programa do PITS no município de [nome do município], [...] Ceará.

Prestei serviço, como médico, até o ultimo dia útil do mês de junho [mensagem de outubro de 2004]. Até hoje tenho esperado que a administração deste município, que é a mesma anterior, uma vez que o prefeito foi reeleito, pague a ajuda de custos referente a 08 (oito) meses que me devem. Recorri à coordenação estadual e nada foi feito. Colocamos na justiça, eu e a enfermeira que trabalhava no mesmo posto. Agora, fomos informados verbalmente que a prefeitura quer fazer um acordo pagando 50% do valor sem nenhuma correção, juros e/ou honorários advocatícios. No momento em que redijo esta mensagem, estou me sentindo um tanto quanto ridículo pois sei que estou escrevendo inutilmente, haja visto a quem está endereçada, porém, como bom brasileiro que vive de crenças e promessas, me permito, terminá-la. Não quero que briguem pelo pagamento. Mas, por favor, pelo bem da moralidade e do que resta de crença nesses nossos podres poderes, que haja alguma punição para indivíduos que exercem o poder dessa maneira. Peço isso em nome da moral e da ética, se é que existe ainda nessa nossa sociedade, digo, elite política. Atenciosamente.[...]

Quando a Coordenação Nacional comunicou que o PITS deixaria de existir como tal e suas equipes seriam incorporadas aos sistemas municipais de saúde, imediatamente os profissionais se manifestaram no Fórum, demonstrando todo o descrédito acerca da seriedade e da capacidade de gestão dos municípios:

MENSAGEM 1:

[...] Se o PITS for vinculado ao município e este receber a verba repassada pelo MS, será que eles irão nos pagar, se nem a ajuda de custo que é um valor irrisório eles pagam, o que dirá o nosso salário!!!

MENSAGEM 2:

No município de [nome do município], a conta da prefeitura está bloqueada pelo juiz para pagamento de pendências jurídicas. Como teremos garantia de receber em dia se não conseguirmos sequer receber a ajuda de custo?

MENSAGEM 3:

[...]Estamos realmente aguardando e confiando que estejam tentando encontrar a melhor solução para todos nós. Mas há uma informação que os gestores fazem questão de dizer: que o município não precisa contratar os profissionais do PITS e sim qualquer outro que desejar. E até onde eu sei, essa informação é verdadeira. Vocês acham que todos os municípios receberão esta verba e a repassarão integralmente, sendo que podem nos dispensar e pagar valores menores a outros profissionais? [...]

MENSAGEM 4:

'A priori', os municípios selecionados para receberem o PITS tinham como características: indicadores de saúde ruins e deficiente infra-estrutura de saúde (até ausência de unidades hospitalares, se não me engano). Para esses municípios era muito difícil a contratação de médicos e enfermeiros, devido às suas situações financeiras delicadas, localização geográfica (em alguns casos) e falta de infra-estrutura, de uma maneira geral. Portanto, o PITS surgiu como uma estratégia para viabilizar a fixação ('interiorização') de médicos e enfermeiros em municípios carentes. Entretanto, foi concebido também como um mecanismo temporário para a implantação, 'a posteriori', da estratégia de Saúde da Família (PSF). Como esses municípios podem manter os profissionais de saúde que lá estejam ou contratar novos profissionais? Quais são os atrativos pra isso? (Vale a pena lembrar que os profissionais perderão a 'pseudo-estabilidade', a certeza de receberem os seus salários em dia, a 'imunidade política', o acesso à Internet, entre outras coisas mais...). Tomando como exemplo o município em que me encontro, [nome do município], em que temos duas equipes incompletas atualmente (e segundo o PITS, para se ter 100% de cobertura, deveria implantar 5 equipes completas de PSF e, segundo a DIRES, 8 equipes), nesse período de transição, o incentivo seria suficiente para a manutenção dos dois profissionais? Receio que o município corra o risco de nos perder e não ter condições de implantar o PSF, e que isso venha a acontecer também a outros municípios do PITS.

A preocupação dos profissionais mostra-se ainda mais fundamentada quando se observa que alguns municípios não conseguiam sequer manter os agentes comunitários de saúde, embora recebendo recursos do PACS, conforme relatado por alguns profissionais no Fórum:

MENSAGEM 1:

Prezada [...], sou médica do PITS em [nome do município]/Acre. Desejo informar-lhe que estou sem agentes comunitários de saúde desde 01/01/04 [mensagem de 17/02/04]. Em dezembro de 2003, em reunião com os gestores municipais, para não serem demitidos já naquela época, concordaram em trabalhar só meio período e 'abriram mão' do décimo-terceiro salário. Os gestores alegavam falta de recursos, mas que a situação seria regularizada em jan/04. Só que até agora nada e parece que o Ministério da Saúde continua depositando o incentivo para os ACS. Teria como você verificar e confirmar isto? Seria possível algum contato do MS com os gestores locais? Não é possível fazer o trabalho proposto sem ACS.[...]

Em outros casos, os profissionais do PITS verificavam, nos próprios municípios de atuação, precarização das relações de trabalho estabelecidas entre as respectivas prefeituras e outros profissionais contratados para o sistema municipal de saúde, inclusive com atrasos no pagamento dos salários. Há vários relatos no Fórum:

MENSAGEM 1:

[...] um dos problemas que [nome do município] está ainda tentando resolver é a regularidade e permanência dos vários profissionais de saúde, sob a sua administração. Muitíssimos profissionais - médicos (cerca de 12), enfermeiros, odontólogos, etc - tiveram dificuldades em permanecer na cidade por vários motivos, inclusive, devido ao atraso de até dois a três meses no pagamento de salários. As equipes do PITS, que detêm cerca de 60% da área assistida de uma atenção primária que abrange 100% da população, puderam permanecer mais estáveis, também, graças ao fato de, recebendo nossos salários do governo federal, estarmos mais protegidos contra os atrasos de pagamento. Meu sonho é um dia trabalhar com uma população cada vez mais sadia e em um município que administre plenamente a sua saúde. Porém, os problemas de ordem econômica e financeira ainda vigentes são fatos incontestáveis que evocam um planejamento a médio ou longo prazo. Gostaria muito de poder trabalhar, recebendo salário diretamente da administração de [nome do município], porém isto seria um pouco difícil, em termos de regularidade no pagamento, o que comprometeria, certamente, a nossa estabilidade. As várias propostas para o futuro do PITS deverão levar em conta que os municípios em que fomos lotados foram escolhidos devido aos seus vários marcadores e índices de saúde, que chamaram a atenção da nossa nação. As transformações estão havendo, porém, dependemos de tempo e paciência, a fim de encontrarmos caminhos seguros para a construção de uma saúde sustentável.

MENSAGEM 2:

[...] uma das garantias que tivemos foi o recebimento do salário, integral e sem atrasos maiores, diretamente na conta bancária. O fato de prefeituras, muitas vezes não tão organizadas, atrasarem o pagamento dos vários profissionais de saúde é percebido. Aqui em [nome do município], muitos colegas sob contrato municipal queixam-se de atraso de salários por 1,2 ou mais meses...Este é um fato importante que deve ser analisado com cautela, rumo a uma transição estável.[...]

O ex-Secretário de Políticas de Saúde, em entrevista para o estudo, admite que a preocupação demonstrada pelos profissionais quanto a sua inserção nos sistemas municipais tem fundamento:

[...] A gente não tem ainda um modelo de vinculação que permita, obviamente que por si só não, mas que permita contribuir bastante para o processo de fixação. Então, certamente, o que pesa é a faixa de remuneração, o cumprimento daquele acordo de trabalho, pagamento mais ou menos em dia e a oferta de condições de trabalho. São aspectos que efetivamente pesam na possibilidade do médico ver aquele município como um município propício pra ele desenvolver um trabalho e uma inserção e uma carreira.

O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no período de 2005 a 2006, que em 2001 atuou como consultor no processo de formulação do PITS também admite essa dificuldade, em sua entrevista, e relata que o problema foi tema de debate quando da formulação do Programa:

[...] as pessoas não vão por que? Hoje está muito claro, não vão porque os filhos começam a estudar, [...] não vão porque se sentem inseguras e não vão porque – outra razão que surgiu que é muito importante na nossa discussão – é porque, exatamente, o setor municipal, ainda que pague melhores salários, ele não tem uma garantia de continuidade muito grande como teria, por exemplo, ... um arranjo a nível federal.

O mesmo entrevistado destaca outro aspecto que desgasta a relação dos profissionais com os gestores municipais, em municípios pequenos e com precária estrutura de gestão, que também aparece nas mensagens do Fórum já apresentadas: a visão política estreita de grande parte desses gestores, que administram os municípios como extensão de suas casas:

[...] atende a alguém da oposição? Esse caso é relatado. Atende a alguém da oposição? O prefeito indica que não quer mais pagar no mês seguinte, ou porque a primeira-dama resolve ... como o prefeito paga, ele faz o seguinte... esse cara é meu funcionário, e funcionário muitas vezes nesse caso é considerado funcionário da minha casa, meus interesses, ele tem que atender, tem que atender à consulta que eu estou mandando e não a uma ordem pública, por exemplo. Então, todas essas questões foram levantadas na época e se pensou que um instrumento de pagamento de uma bolsa federal poderia ser um instrumento de garantir, dar rumo e sustentabilidade ao Projeto mais a médio e longo prazo, né. E de fato funcionou.

O PITS garantia, nesse sentido, o que um dos médicos, em mensagem citada alguns parágrafos acima, denominou como "imunidade política". Segue o entrevistado:

[...] Como é que eu garanto que a pessoa não tenha a labilidade do humor do prefeito? Às vezes, nem é humor também não, às vezes o município fica de fato sem caixa durante um período, porque o repasse dos fundos federais e estaduais não aparece e não tem caixa mesmo, paga outra coisa em vez de pagar a pessoa; enfim, esta estabilização, eu acho que é uma coisa muito importante pra se falar [...]

A esse respeito, o ex-Secretário de Políticas de Saúde, no entanto, chama a atenção para o fato de que, por vezes, a própria conduta dos profissionais não facilitava a relação com o gestor municipal:

[...] Em alguns municípios... tem as características do próprio profissional, um profissional talvez um pouco mais, vamos dizer assim, mais crítico; então havia, houve, em alguns municípios, queixas dos gestores quanto ao comportamento dos profissionais, fazendo referência a essa pretensa autonomia deles.[...]

Outro entrevistado que também aborda o problema é o representante e ex-presidente do CONASEMS, acrescentando que, se por um lado, o PITS garantia essa "imunidade", por outro esse mesmo fator funcionava, em alguns casos, como um elemento de distanciamento entre os profissionais e o gestor e as estruturas municipais:

[...] porque depois ele começa a ter conflito entre o médico e o secretário de saúde e o médico passa a dizer que não tem nada a ver com o secretário. Você tem conflito entre o médico, o secretário e as universidades que vão titular os profissionais. Em alguns municípios, o PITS termina sendo uma coisa paralela à Secretaria Municipal de Saúde. Então essa coisa mostra que, na estrutura do sistema atual de saúde brasileiro, esse tipo de política tem vida curta. Ela nasce como Programa e termina acabando mesmo, por isso que, inclusive, o CONASEMS já na 12ª Conferência Nacional de Saúde aparece para defender a substituição do PITS por uma política permanente, global, na solução desse problema.[...]

Em síntese, tal como entendido pelo Ministério da Saúde, o PITS "[...] *pode ser configurado como uma política de indução ou de redirecionamento na distribuição dos recursos humanos para o SUS, que busca interiorizar a atuação de médicos e enfermeiros, por intermédio da captação voluntária e estimulada destes profissionais mediante incentivos e benefícios claramente definidos.*" (Ministério da Saúde, 2002b: 65).

Sua análise, como estratégia de intervenção para enfrentar o problema da má distribuição de médicos no país, permite que se identifiquem diversos fatores que devem ser considerados em iniciativas que tenham o mesmo propósito.

Os benefícios e incentivos oferecidos aos profissionais funcionaram, efetivamente, como um fator de atração, gerando o interesse de milhares de médicos que se inscreveram no Programa. O curso de especialização, a remuneração, o fato de se tratar de um Programa do Ministério da Saúde e de funcionar nos mesmos moldes do PSF, além da possibilidade de conhecer outras áreas do país foram os fatores considerados mais atrativos.

No entanto, aqueles que desistiram antes de atuar no PITS haviam sido movidos pelo interesse na remuneração, como fator mais atrativo. Isso revela que se o interesse do profissional se dá eminentemente por aspectos financeiros, sua mobilização para participar de

uma iniciativa desse tipo é vulnerável a inúmeras variáveis (pessoais, familiares, profissionais, etc).

Ao contrário, aqueles que chegam a atuar numa iniciativa como essa, mesmo que desistam depois, identificam o curso de especialização como o fator mais determinante no seu interesse em participar do PITS. Não por acaso, a grande maioria dos médicos que chegaram a atuar no PITS não havia feito nenhum curso de pós-graduação. E foram exatamente profissionais sem pós-graduação que, de modo geral, renovaram sua participação por mais um ano. Esses dados mostram que a dificuldade de completar sua formação médica, em nível de pós-graduação, e a possibilidade de abrir uma nova perspectiva de inserção no mercado de trabalho funcionam como elementos mobilizadores para que esses profissionais se disponham a participar de iniciativas de interiorização.

O fato do perfil de formação dos médicos que efetivamente participaram do Programa estar concentrado na faixa de mais de 15 anos de formados, de modo compatível com o que se verifica no Programa de Saúde da Família, mostra que o modelo de atenção do PSF é particularmente atrativo para profissionais que já ultrapassaram a *fase de afirmação profissional* e se encontram na *fase de consolidação profissional*, como denomina Machado (1997). Possivelmente, o estresse urbano vivido por esses médicos nas grandes e médias cidades contribui para a disposição em atuar em municípios de menor porte.

De forma conseqüente com esse perfil, a maior parte dos médicos que efetivamente participaram do PITS tinha mais de 40 anos de idade. Eram casados, do sexo masculino, com dependentes e provenientes da região Nordeste e graduados também no Nordeste.

Embora os médicos da região Sudeste tenham demonstrado interesse em participar do Programa, tendo sido a região com o maior número de inscritos, foram também eles que demonstraram maior dificuldade em atuar nos municípios. Assim, a maioria dos médicos que concluíram um ano no PITS ou renovaram sua participação por um ano ou mais era proveniente das regiões Nordeste e Norte.

Além da maior facilidade de adaptação dos médicos que são originários das regiões Nordeste e Norte, esses profissionais mostraram-se particularmente sensibilizados com as condições de vida e saúde da população de seus estados e regiões.

O Nordeste também se destacou como região de graduação da maioria dos médicos que concluíram um ano ou renovaram sua participação no Programa. A região Norte, surpreendentemente, formou quase 20% dos médicos que concluíram um ano no PITS, sendo também a região de origem de 20% dos médicos lotados. Isso faz supor que os médicos

oriundos da região Norte se graduaram nessa mesma região e aponta uma tendência de interesse de fixação desses profissionais na própria região onde habitam e se formaram.

Ao longo dos três anos de vigência do PITS, somente 46,3% dos médicos que chegaram a ir para os municípios concluíram um ano de participação no Programa. A região Norte foi a que apresentou a mais baixa capacidade de fixação de profissionais.

As constantes desistências e desligamentos se deram por motivos variados, mas em geral, são atribuídas pelos profissionais à própria dificuldade de adaptação às condições adversas dos municípios, conflitos na relação com os gestores municipais e desorganização na condução do Programa. Os médicos desistentes ou desligados são, em sua maioria, do sexo feminino, solteiros ou descasados, com dependentes, provenientes e formados na Região Nordeste. Mas o Sudeste apresenta um índice como região de graduação dos desistentes ou desligados bastante superior a sua participação como região de graduação dos que concluíram um ano ou renovaram. A maioria dos desistentes/desligados era proveniente dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Poucos profissionais optaram por renovar sua participação, mesmo com o incentivo financeiro criado pelo Ministério da Saúde para este fim, o que mais uma vez confirma que não é o atrativo financeiro que tem maior peso na decisão dos médicos em relação à interiorização.

A maioria dos médicos que chegou a participar do PITS não levou familiares, cônjuge ou companheiro(a) para os municípios. Mas no caso dos que levaram, os acompanhantes permaneceram, em geral, até o término da participação do profissional no Programa. Os dados obtidos pelo estudo mostram que o fato de levar familiares ou parceiros não funcionou como fator determinante na permanência dos médicos nos municípios.

No entanto, a distância da família e dos amigos foi tema de várias mensagens entre os profissionais no Fórum do PITS, onde argumentam que o fato do Programa ser destinado a populações carentes e sem assistência acabou funcionando como uma certa compensação emocional pela ausência de seus entes queridos.

Os médicos consideraram, em sua maioria, "a atuação profissional junto às comunidades carentes" como o fator mais satisfatório da participação no PITS, seguido do curso de especialização.

A boa avaliação que os médicos, de modo geral, fizeram da experiência de ter participado do PITS, apesar dos problemas enfrentados, é reforçada pelo fato de mais da metade deles defenderem, como rumo ideal para o Programa, sua manutenção no formato que possuía, mas com aperfeiçoamentos constantes.

A condução do Programa pela Coordenação Nacional foi cheia de percalços e enfrentou considerável desgaste na relação com os profissionais.

Houve problemas relevantes em componentes fundamentais da estrutura do PITS, sob responsabilidade da Coordenação Nacional, como a tutoria, a supervisão, o curso de especialização, as atividades de educação continuada, a conectividade e a farmácia básica.

Embora a Coordenação Nacional tenha procurado superar essas dificuldades e minimizar os transtornos para os profissionais, é inegável a insatisfação gerada, que se agravou a partir de falhas importantes no processo de comunicação entre os participantes e os gestores do Programa.

Se os problemas no cumprimento de garantias previstas no regulamento do Programa, por si só, já prejudicavam o exercício das atividades dos profissionais e tornavam suas condições de trabalho ainda mais precárias, as falhas de comunicação potencializaram o desgaste, a impaciência e a insatisfação dos profissionais, gerando questionamentos quanto à capacidade de organização e de gestão da Coordenação Nacional.

Quando começaram a surgir os comentários acerca da extinção do Programa e da incorporação dos profissionais aos sistemas municipais de saúde, mediante repasse direto de recursos financeiros, agravaram-se os problemas e as dificuldades e ruídos de comunicação.

A atuação do Tribunal de Contas da União e do Ministério Público do Trabalho evidenciou que a alternativa adotada de remunerar os profissionais por meio de uma bolsa do CNPq não foi uma solução adequada do ponto de vista da sustentabilidade do Programa. Mesmo considerando que, já na formulação do Programa, se previa sua posterior incorporação aos sistemas municipais, essa estratégia poderia levar – e realmente levou – a que o PITS se tornasse uma estrutura paralela a das secretarias de saúde locais.

Além disso, foi uma estratégia que, ao fim e ao cabo, camuflou uma relação precária de trabalho, condição tão debatida e desestimulada pelo próprio Ministério na última década.

Possivelmente, se o Programa tivesse sido formulado num contexto em que não envolvesse interesses relacionados à sucessão presidencial¹⁷, o modelo adotado para seu funcionamento poderia ter sido mais debatido e negociado, talvez para algo mais próximo de um serviço civil voluntário, o que certamente demandaria um tempo mais longo do que o tempo político que gerou o PITS.

Essa hipótese pode explicar porque embora sua formulação tenha envolvido parceiros estratégicos, isso não foi suficiente para que o CONASS e o CONASEMS atribuam à sua

¹⁷ O ministro da Saúde na época – José Serra – era potencial candidato à Presidência da República nas eleições que se realizariam em 2002.

participação um caráter efetivamente de co-partícipes e responsáveis pela definição dos mecanismos, estratégias, gestão e rumos do PITS.

Por conseqüência, as coordenações estaduais e os municípios tiveram um envolvimento muito mais administrativo e operacional do que propriamente político e de efetivo comprometimento com a Programa.

Com isso, a Coordenação Nacional acabou figurando, na prática, como gestora única do Programa, assumindo, conseqüentemente, os ônus e bônus dessa posição. Nem mesmo a relação direta estabelecida com os municípios desde os primórdios do Programa rompeu esse isolamento, uma vez que não se tratou de uma relação de co-gestão, mas sim de caráter operativo.

É possível afirmar que o PITS não se sustentou como uma estratégia de interiorização muito mais em decorrência da verticalidade de sua gestão e da inserção politicamente restrita atribuída aos estados e municípios, do que em função das dificuldades enfrentadas de outras ordens. Mesmo porque, boa parte dessas dificuldades ocorreu exatamente por esse motivo.

O próximo capítulo propõe-se a explorar esse e outros elementos fundamentais para o exercício de pensar estratégias e alternativas que permitam enfrentar o desafio que a má distribuição e a fixação de médicos nas regiões mais desfavorecidas representam, hoje, para o SUS.

6. ESTRATÉGIAS DE DISTRIBUIÇÃO E FIXAÇÃO DE MÉDICOS EM SISTEMAS DE SAÚDE

6.1. Construindo um referencial de análise

A finalidade deste capítulo é oferecer um referencial de análise para a distribuição e a fixação de médicos, construído a partir dos elementos contemplados na revisão da literatura, na discussão teórica, no aporte das experiências nacionais e internacionais e nos resultados obtidos no estudo de caso.

O referencial aqui proposto está estruturado a partir da integração de todos esses elementos, entendendo-os como complementares. Essa integração permitiu a construção de cinco eixos analíticos para repensar as políticas e futuras estratégias de intervenção, aqui entendidas como mecanismos para desenvolver as relações de cooperação; promover a distribuição de poder; organizar o uso de recursos; e transformar a situação dominante que se deseja modificar, de forma a realmente concretizar seu valor estratégico.

O referencial de análise proposto tem, portanto, como objetivo, evidenciar os fatores e condicionantes que interferem na distribuição e fixação de médicos e identificar possíveis estratégias de intervenção que, na avaliação do autor deste estudo, podem ser aplicadas à realidade brasileira, no contexto das políticas públicas.

O mote para essa discussão é a compreensão de que a forte concentração geográfica dos profissionais e dos serviços, tão discutida neste estudo, impede a concretização dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, particularmente no que se refere à universalização, à integralidade e à própria descentralização.

A gestão do SUS impõe o enfrentamento do problema da má distribuição e fixação de médicos, o que exige que as questões referentes à condução do trabalho e da educação na saúde sejam colocadas no mesmo grau de importância da descentralização, do financiamento e do controle social.

6.2. Eixos de análise¹⁸

Partindo-se dos pressupostos desse estudo, preliminarmente, foram identificados cinco eixos de análise, a seguir:

¹⁸ A estruturação do referencial de análise em eixos tem finalidade meramente didática, uma vez que esses fatores se interpenetram e estão fortemente vinculados entre si.

6.2.1. A dimensão política

A Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde é recente e seu processo de implantação ainda é incipiente. Construída coletivamente e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, e considerada um instrumento indispensável para a consolidação do SUS, essa política se fundamenta na aplicação dos "Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS)", conjunto de orientações políticas e gerenciais referentes à Gestão do Trabalho, ao Desenvolvimento dos Trabalhadores, à Saúde Ocupacional para o Trabalhador da Saúde e ao Controle Social na Gestão do Trabalho no SUS (Ministério da Saúde, 2005a).

Como instrumento para assegurar sua implantação, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, no mesmo ano, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que desde então vem paulatinamente promovendo ações, iniciativas e intervenções orientadas por esses princípios e diretrizes, que visam o alcance dos seguintes propósitos (Ministério da Saúde, 2005b: 30-31):

- I. satisfação com o trabalho e fixação dos profissionais em áreas prioritárias, com queda efetiva da rotatividade;
- II. aprofundamento da gestão no âmbito dos microprocessos de trabalho, na esfera das relações pessoais e profissionais dos trabalhadores de saúde com os usuários;
- III. reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos trabalhadores no desenvolvimento e consolidação do SUS;
- IV. reconhecimento da responsabilidade social do trabalhador e do setor da saúde, que exige formação especializada e intensiva;
- V. realização de concurso público e implantação de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS);
- VI. valorização, nos PCCS do SUS, dos perfis profissionais generalistas e das práticas interdisciplinares no trabalho em equipe, por meio de adicionais de desempenho e resultados alcançados na saúde da população;
- VII. educação permanente em saúde, visando o desenvolvimento de perfis profissionais orientados pelas necessidades da população em cada realidade regional e social;
- VIII. reorientação do ensino em todas as escolas de saúde pelo enfoque na integralidade e humanização em saúde, por meio de diretrizes adequadas à lógica e às necessidades do SUS;
- IX. Reconhecimento das Mesas de Negociação do Trabalho como espaços permanentes e democráticos de tratamento dos conflitos oriundos das relações de trabalho.

Ainda que todos esses pontos sejam essenciais e contemplem necessidades antigas, a política de recursos humanos em saúde deve ser coerente não apenas com a política nacional de saúde, mas refletir também o espírito e as expectativas da política de desenvolvimento geral do país. Como afirma Haddad (1983: 14), "*Una política de recursos humanos debe ser coherente con las estrategias nacionales en salud, relevante en relación con los propósitos generales del Estado, objetiva en el análisis y los lineamientos que se establezcan, concreta en el modo de tratar el problema, y viabile en términos de recursos, decisión política y capacidad operativa [...]*" [grifos no original].

As necessidades e prioridades de saúde, as tendências demográficas, o desenvolvimento social e econômico, os perfis epidemiológicos, as previsões financeiras de curto, médio e longo prazo são fatores que precisam ser considerados na definição dessa política.

Afinal, o avanço nas condições de saúde de uma população só se torna permanente quando está alicerçado em medidas mais profundas e consistentes, que enfrentam as restrições impostas pelo contexto econômico e social.

Assim, o primeiro grande eixo de análise que aqui se pretende destacar para o referencial proposto acerca da distribuição e fixação de médicos refere-se à compreensão de que o país não alcançará resultados duradouros e consistentes nesse campo se o problema continuar sendo tratado como atinente apenas ao campo da política de saúde e, conseqüentemente, da política de recursos humanos em saúde. Mesmo considerando, como ressaltam Dussault & Franceschini (2006), que as intervenções que podem alterar a base econômica, política e social inerente ao problema e levar a resultados sustentáveis são de longo prazo, não se pode usar esse argumento para justificar um eterno imobilismo.

A evidente dimensão política e multisetorial do problema da distribuição geográfica de médicos e da fixação desses profissionais ressalta sua forte relação com a necessidade de mudanças culturais, sociais e econômicas, que precisam contemplar desde as dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde até a formação dos profissionais, a realidade socioeconômica, o corporativismo, a política governamental, o processo educacional, os referenciais socioculturais, dentre outros aspectos. Aspectos que ao mesmo tempo em que interferem na falta de resultados da política de saúde para lidar com a má distribuição e fixação de médicos, também podem ser tomados como norteadores da necessidade de ações políticas mais abrangentes que insiram o problema no contexto devido, deixando de tratá-lo como restrito ao campo da saúde.

Como vimos ao longo deste trabalho, há clara relação entre os fenômenos macrosociais da intervenção estatal na atenção médica, no mercado de trabalho para os médicos e nas formas específicas de organização da prática médica e do ensino da medicina.

Além disso, como também já discutido, a alta concentração de médicos nos centros urbanos e sua má distribuição pelo restante do território nacional estão diretamente ligadas às desigualdades socioeconômicas e regionais, conseqüências diretas do baixo investimento público e privado nas áreas mais carentes.

A grande concentração regional do Produto Interno Bruto (PIB) e os demais fatores políticos, sociais e econômicos que determinam o subdesenvolvimento dessas regiões exigem estratégias que estejam inseridas não apenas na política de saúde, mas nos planos de desenvolvimento econômico do país.

Para facilitar a integração da política de saúde e, mais especificamente da política de recursos humanos, aos planos de desenvolvimento socioeconômico de um país, Nogueira & Brito (1986:318-319) chamam a atenção para algumas medidas que devem ser consideradas: (1) desenvolver a capacidade de diagnosticar e analisar a situação atual e as tendências de médio e longo prazo; (2) estabelecer mecanismos para acompanhar e prever o comportamento dos recursos humanos em saúde; (3) considerar tanto os fatores da produção (formação) quanto da utilização no mercado de trabalho (emprego); (4) atentar para a demanda gerada pela estrutura dos serviços de saúde; (5) criar sistemas de informação em recursos humanos, como parte dos sistemas de informação em saúde, que considerem a oferta e a demanda de pessoal; (6) utilizar a informação para alimentar estudos de análise conjuntural e de tipo prospectivo.

Isso permitiria que os governos efetuassem avaliações estratégicas para contemplar não apenas os objetivos da política de saúde, mas as prioridades de alocação de recursos dentro e fora do setor saúde, em função das necessidades sociais e de saúde da população (Nogueira & Brito, 1986).

As políticas públicas devem ser criadas como resposta do Estado às demandas da sociedade e expressar compromissos da atuação governamental, por meio de uma linha de ação coletiva, destinada à concretização de direitos sociais (Cunha & Cunha, 2003; Pereira, 1994). É necessário que o problema da distribuição e da fixação de médicos seja inserido na agenda do Estado e tratado no âmbito de uma política de Estado, devendo ser objeto de políticas e intervenções de caráter multi e intersetorial, que integrem os diversos ministérios.

Dada a própria intersetorialidade da política social, quando se almejam determinadas metas para um setor, pode ser preferível investir em outro, o que em alguns casos tende a

acarretar maior impacto e melhores resultados (Cohen & Franco, 2004). Seria o caso, por exemplo, de investir na redução dos fatores que acarretam má qualidade de vida para a população dessas regiões e que não proporcionam as condições adequadas para o exercício profissional da medicina, desestimulando a opção do profissional em atuar nessas áreas. Uma das possíveis estratégias para isso, seria criar incentivos para estimular empreendimentos em diversos setores da economia, nas áreas mais carentes e desfavorecidas.

Vale lembrar que o Projeto Rondon¹⁹ – em que pesem as críticas que possam ser feitas a diversos de seus aspectos – contemplou, como vimos, diferentes operações e programas, vinculados a um grande eixo denominado "Desenvolvimento", não restringindo suas estratégias de intervenção à interiorização de profissionais. O próprio PIASS também não se restringiu a esse aspecto, tendo surgido como parte de um Plano Nacional de Desenvolvimento, que estipulava a integração das ações de saúde aos programas de desenvolvimento como condição necessária para o crescimento econômico e social do país. Deve-se recordar que a execução do PIASS esteve a cargo das secretarias estaduais de saúde, com a participação das companhias estaduais de saneamento, das secretarias de obras, das prefeituras e de organizações comunitárias.

Por sua vez, o PISUS e o PITS foram concebidos como programas restritos de interiorização, com gestão limitada ao Ministério da Saúde, características essas que se mostraram determinantes para o rumo também restrito, limitado, pouco consistente e duradouro dessas duas iniciativas.

Além disso, vimos que as intervenções do Estado, no campo mais geral da economia, acarretam conseqüências para o próprio mercado de trabalho médico²⁰. Entende-se, assim como Paim (1994: 6-10), que a ação do Estado produz "[...] *repercussões na contenção ou ampliação do emprego no setor saúde, bem como nas políticas de saúde e na organização dos serviços. [...] No caso do mercado de trabalho em saúde, vários estudos indicam a sua dependência quanto às formas de intervenção estatal no setor e aos ciclos de expansão econômica*". Especialmente porque, além do modelo de atenção à saúde atuar decisivamente sobre a demanda e a composição da força de trabalho, é o setor público que ocupa hoje, no país, o primeiro lugar como empregador na área da saúde. E essa influência não se dá apenas no que se refere a maior ou menor oferta de postos de trabalho, mas também quando políticas

¹⁹ Apresentado no capítulo 4 deste estudo, assim como os programas PIASS, PISUS e PITS, citados no parágrafo seguinte.

²⁰ Zurn et. al. (2002) discutem a definição e natureza dos desequilíbrios do mercado de trabalho em saúde, incluindo os desequilíbrios geográficos. Os autores propõem uma base analítica (*analytical framework*), que considera projeções de demanda e de oferta da força de trabalho em saúde, revisa os indicadores desses desequilíbrios e oferece uma tipologia para classificá-los.

de contenção de gastos públicos acarretam piora das condições de trabalho e de remuneração (Paim, 1994).

Troncoso et. al. (1986) lembram que o mercado de trabalho médico não se define a partir de variáveis estritamente econômicas, como oferta, demanda, preços, quantidades, produtividade e outras. Trata-se de um mercado atípico, ou ainda de vários mercados atípicos, diferenciados pelo mecanismo financiador do processo de produção de atenção médica no qual o profissional está inserido. "*Factores políticos y sociales, junto a otros que expresan el desarrollo del conocimiento teórico y aplicado, las transformaciones producidas en las expectativas de la población relacionadas con su salud, la respuesta de las instituciones al imperativo tecnológico, la mercantilización de la práctica, la transformación de la medicina en una importante área de valorización de capital, inciden de manera diferente en cada uno de los subsectores, determinando diversas posibilidades de absorción del recurso humano disponible y diversas posibilidades de carrera para los individuos que lo integran.*" (Troncoso et. al., 1986: 554).

Um exemplo das possibilidades de intervenção do Estado no mercado de trabalho e que diz respeito especificamente ao enfrentamento da má distribuição geográfica de médicos é a estratégia implementada em British Columbia, Canadá. A Comissão de Serviços Médicos (Medical Services Commission) limitou o número de médicos autorizados a trabalhar nos centros urbanos, autorizando, em contrapartida e prontamente, solicitações para atuar em áreas rurais. A medida gerou muita oposição, inclusive no poder judiciário, e criou grande relutância nos profissionais em se candidatar às áreas rurais por receio de não poderem retornar depois para as cidades de maior porte (Gilmore, 1985; Page et. al., 1992).

Em nosso país, é o Programa Saúde da Família (PSF) que tem sido estimulado pelos governos como um novo mercado de trabalho, com potencial para reduzir a má distribuição de médicos e ampliar a fixação desses profissionais.

No entanto, embora, atualmente, possamos dizer que não há crise de oferta de postos de trabalho para a categoria médica, havendo até um crescimento, em especial no setor público, com a expansão da atenção básica via implantação do PSF, essa expansão do mercado, por si só, não conseguirá reverter os desequilíbrios regionais historicamente acumulados (Maciel Filho e Pierantoni, 2004).

Sem dúvida, o PSF se apresenta como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, causar impacto na configuração do mercado de trabalho e na própria formação de profissionais para o setor. Mas, como pudemos observar no estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM,

2004), grande parte dos médicos avalia que com a implantação do PSF não se alteraram as condições de trabalho (54,2%), a qualidade dos serviços (44,6%) e a organização dos serviços (44,1%). Da mesma forma, ainda no estudo do CFM, os três primeiros fatores citados pelos médicos como indispensáveis para assegurar a eficácia do PSF, foram as condições de trabalho (81,8%), a remuneração (77,7%) e a infra-estrutura (77,1%).

Entende-se que o PSF é uma estratégia bem estruturada e bem aceita tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde e pelos gestores, sendo inclusive atrativa como mercado de trabalho para os médicos que se propõem a participar de iniciativas de interiorização, como mostram os diversos depoimentos de participantes do PITS. No entanto, há inúmeros municípios que não conseguem oferecer as condições mínimas para o bom funcionamento do Programa ou, em muitos casos, sequer para sua implantação. Dados de estudos como o do CFM (2004) e da pesquisa "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família" (Machado, 2000), segundo o qual o tempo médio de permanência de grande parte dos médicos no PSF é de menos de um ano, reforçam esse cenário.

A diversidade de vínculos, níveis salariais e direitos trabalhistas que se verifica no PSF estimula essa alta rotatividade e dificulta a fixação dos médicos. Para que esse cenário possa ser efetivamente enfrentado deve-se ter em mente que as peculiaridades da gestão do trabalho em saúde "[...] *exigem ações governamentais intersetoriais mais ampliadas envolvendo o Legislativo, o Judiciário e o financiamento do setor, entre outros, que permitam, para além da expansão do mercado, o estabelecimento de condições adequadas de trabalho e emprego para os profissionais de saúde.*" (Maciel Filho & Pierantoni, 2004: 159).

Nesse sentido, três importantes estratégias indispensáveis para alterar este quadro já integram a recente Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que são: (1) o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; (2) a Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS; e (3) as Mesas de Negociação Permanente do Trabalho no SUS.

Por serem extensivas a todo o Sistema Único de Saúde, essas estratégias dependem, inevitavelmente, da articulação política e técnica entre as esferas federal, estadual e municipal. Sua implantação poderá funcionar como um verdadeiro "divisor de águas" no encaminhamento dos principais problemas hoje existentes na gestão do trabalho no SUS.

Pensando na questão da má distribuição e da fixação de médicos, defende-se aqui que a Comissão Especial para a Elaboração de Diretrizes para um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS caminhe na direção apontada pelo representante e ex-presidente do

CONASEMS, entrevistado para nosso estudo de caso, que propõe um plano de carreira nacional mas com base local, ou seja, com ingresso por concurso público na instância municipal. Isso possibilitaria que municípios menos atrativos também pudessem funcionar como porta de entrada para o profissional que deseje ingressar na carreira pública do SUS. Pode-se acrescentar a essa proposta a definição de faixas salariais compensatórias e ascensão funcional diferenciada para os médicos e demais profissionais de saúde concursados nessas localidades.

Fica claro que a implantação do plano de carreira único do SUS e a incorporação de dispositivos nesse plano que contribuam para minimizar a má distribuição de médicos e ampliar a fixação desses profissionais dependem de acertos jurídicos e legais que os tornem viáveis no plano executivo. Isso só reitera a visão aqui defendida de que o enfrentamento do problema da má distribuição e fixação de médicos extrapola a política de recursos humanos em saúde e a própria política de saúde, devendo ser inserido na agenda do Estado e tratado no âmbito dos poderes executivo, legislativo e judiciário, como parte do plano de desenvolvimento econômico e social do país. Condição indispensável para que possamos ultrapassar a lógica da "atuação por programas" em direção à institucionalização de políticas consistentes, efetivas e de maior permanência.

6.2.2. *A capacidade de gestão dos municípios*

Capacidade de gestão pública pode ser entendida como "[...] *a capacidade de realização, mediante estratégias e mecanismos descentralizados e democráticos voltados à provisão, manutenção e administração dos recursos e serviços públicos, com vistas ao desenvolvimento social [...]*" (Lubambo, 1998:4)

Por sua natureza estrutural, a capacidade de gestão pública está relacionada a fatores de ordem econômico-fiscal e político-administrativa, que dizem respeito não apenas à capacidade do gestor assumir os custos financeiros das funções sob sua responsabilidade, mas também à capacidade técnica de alcançar um bom desempenho. "*Seguindo esta lógica, a variedade de situações municipais no que diz respeito à condição fiscal e à habilidade administrativa dos governos seria determinante da extensão e natureza da capacidade de gestão pública.*" (Lubambo, 1998: 4).

Na área da saúde, se de um lado, foram ampliadas as responsabilidades sanitárias dos municípios, por outro, ainda não foi oferecida, em níveis satisfatórios, a contrapartida financeira e técnica que permita cumprir plenamente essas responsabilidades, nem houve completa delegação de autonomia gerencial e política (Campos, 1992). "*Tanto os governos*

locais quanto o chamado poder local têm dificuldades e constrangimentos impostos pela legislação nacional, que limitam o seu poder na condução das políticas de saúde." (Silva, 2001: 91).

Além disso, a própria autonomia administrativa do governo municipal está "[...] *claramente tolhida por determinantes econômico-estruturais, apesar da maior liberdade, formal, que passou a ter em relação ao governo central.*" (Silva, 2001: 107)

Assim, a descentralização da saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para a esfera municipal (Ministério da Saúde, 2005b); sendo possível verificar que "[...] *habitualmente os municípios não têm capacidade de implementar as ações de governo condizentes com todas as responsabilidades que assumem.*" (Silva, 2001: 263).

Embora admitindo que a criação do SUS trouxe, efetivamente, uma ampliação do poder municipal, também se percebe que "*O processo de descentralização implementado no Brasil a partir de 1987 é pleno de ambigüidades*" (Campos, 1992: 97).

A autonomia atribuída aos municípios pela legislação do SUS possibilitaria, teoricamente, que cada município pudesse compor o seu próprio modelo assistencial, desde que respeitadas algumas normas gerais. Mas essa "autonomia relativa" acabou criando condições para a construção de distintas experiências locais, que variam conforme a linha política de cada governo, o quadro epidemiológico, a disponibilidade financeira e o grau de controle político que cada comunidade consegue impor à direção do sistema local, gerando um desenvolvimento heterogêneo entre os vários municípios (Campos, 1992).

Essa heterogeneidade pode ser atribuída, em grande parte, ao que Campos (1992: 99) identifica como "*principal fator limitante do avanço da descentralização*", que é "*a dependência financeira do poder local dos governos dos estados e da União, já que vem se constatando que os recursos próprios dos municípios são insuficientes mesmo para o custeio do conjunto de serviços que lhes cabe executar*". Basta lembrar que mais de 50% dos municípios brasileiros não arrecadam o suficiente para arcar com as despesas de suas estruturas administrativas e legislativas e cerca de 2.000 municípios não arrecadam impostos federais (Mendes, 1998; Silva, 2001).

"*É corrente no Brasil a noção de que, nas regiões mais pobres do país, esta pobreza econômica, estaria expressa numa forma de reduzida capacidade de gasto público.*" (Lubambo, 1998: 5). Isso significa entender que o gasto governamental é diretamente afetado pela base econômica, ou seja, pelo volume de riqueza a ser taxada, que representa a base

fiscal da respectiva esfera de governo. *Associa-se, portanto, diretamente, possibilidades de bom desempenho na gestão à capacidade de gasto dos governos locais.*" (Lubambo, 1998: 5).

O que temos hoje, em nosso país, são municípios que foram alçados à condição de entes gestores autônomos, sem que ainda hoje o Estado brasileiro tenha conseguido promover, na maioria deles, as condições mínimas de infra-estrutura econômica e social para garantir o direito à saúde. Silva (2001: 86) lembra que: "[...] *a municipalização da saúde no Brasil sofreu influências, também, da plethora de municípios que foram criados após a Constituição de 1988. O expressivo aumento de municípios na década de 90, determinado na maioria das vezes por interesses de grupos e facções políticas, transfere responsabilidades de gestão para muitos governos locais despreparados para cumprir seus deveres constitucionais.*"

Com isso, involuntariamente, a descentralização potencializou problemas crônicos e desencadeou a utilização de soluções gerenciais irregulares, a que os municípios recorrem não apenas em função de aspectos da própria política local, mas também por restrições legais, como, por exemplo, as definidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (Ministério da Saúde, 2005b).

As dificuldades que os gestores municipais e de saúde enfrentam e que afetam sua capacidade de gestão geram problemas na relação com os profissionais, como atraso ou falta de pagamento de salários e precárias condições de trabalho. Dal Poz (1996: 134) ressalta que: "*Apesar de os Municípios terem se constituído em atores relevantes na gestão do sistema de saúde, este movimento não foi suficiente para gerar mudanças significativas nas definições de política de recursos humanos neste nível. É impressionante a dissonância entre o dito e o praticado, entre as intenções professas e as realizações corriqueiras, produzindo muitas vezes o descrédito.*"

Esse cenário explica porque a Coordenação Nacional do PITS, ao comunicar que o Programa deixaria de existir e suas equipes seriam incorporadas aos sistemas municipais de saúde, viu imediatamente os profissionais reagirem e revelarem descrédito acerca da seriedade e capacidade de gestão dos municípios. Os profissionais referiram o receio de não mais receberem os seus salários em dia e de perderem o que denominaram de "imunidade política" contra as injunções do governo municipal, entre outras coisas. Esse receio parecia justificado quando, em muitos municípios, os profissionais do PITS verificavam as relações precárias de trabalho estabelecidas entre as prefeituras e os profissionais contratados para o sistema municipal de saúde e, ainda, atrasos no pagamento dos salários.

No entanto, não se pode ignorar a advertência feita pelo representante e ex-presidente do CONASEMS, em nosso estudo de caso, de que se por um lado um programa federal para

fixar profissionais, como o PITS, garante essa "imunidade"; por outro funciona como um elemento de distanciamento entre os profissionais e o gestor municipal, tornando-se uma estrutura paralela à Secretaria Municipal de Saúde. Daí a compreensão de que a fixação de médicos nessas localidades não pode estar subordinada a uma lógica de programa federal, mas sim consolidar-se como parte da estrutura do sistema municipal de saúde a partir de uma política permanente e global na solução do problema, por meio de estratégias indutoras.

O fato de municípios com esse perfil não conseguirem oferecer uma boa remuneração, cumprir os acordos trabalhistas, manter o pagamento dos salários em dia e proporcionar condições de trabalho adequadas justificam o descrédito e praticamente impedem que sejam vistos pelos profissionais como locais onde construir uma carreira e se fixar. Podemos lembrar, por exemplo, que as condições de trabalho oferecidas pelos gestores municipais aos profissionais do PITS, como cumprimento da contrapartida, foram, em muitos casos, insatisfatórias. Quase 70% dos profissionais que responderam à avaliação do Ministério informaram não haver material e nem equipamentos suficientes para atendimento (Ministério da Saúde, 2002b).

Esses fatores são conseqüência da baixa capacidade de gestão desses municípios, que por sua vez, é causada pela deficiência técnica, pelas restrições financeiras e jurídicas e, por vezes, no que um dos formuladores do PITS denominou, como já referimos, de "*visão política estreita de grande parte desses gestores, que administram os municípios como extensão de suas casas*". Isso é possível, porque, como destaca Campos (1992: 106), "[...] *é notório o predomínio do poder executivo nos sistemas locais. O arbítrio dos secretários e do prefeito é grande. Raramente outros sujeitos sociais conseguem contra-arrestar as políticas deliberadas pelo governo.*" Lubambo (1998: 10-11) acrescenta: "*Por menos significativo que seja o município (em termos econômicos ou políticos) o poder do seu governante é expressivo, na medida em que este concentra em suas mãos a capacidade decisória sobre os mais importantes aspectos da produção e reprodução das atividades municipais [...] Articulados geralmente com as forças hegemônicas e controlando o legislativo local, os prefeitos exercem o seu poder praticamente sem contrapesos (principalmente nas pequenas cidades), o que lhes permite o controle e a centralidade das decisões, comumente apenas contrabalançada por restrições financeiras.*"

Além disso, verifica-se, ainda, que em muitos desses municípios os conselhos de saúde, quando existentes, "[...] *são uma extensão do executivo, já que até mesmo os representantes dos usuários são de escolha das autoridades constituídas.*" (Campos, 1992: 105).

Dussault & Franceschini (2006) argumentam que mesmo os baixos salários e as insatisfatórias condições de trabalho – freqüentemente citadas como principais razões para que o profissional não queira trabalhar nesses municípios – são, em geral, considerados como conseqüências diretas das deficiências políticas, organizacionais, sociais e econômicas, que incluem a cultura de clientelismo político.

Todos esses fatores, como vimos, geram conflitos na relação entre os profissionais e os gestores municipais. Conflitos que foram apontados pelos médicos do PITS como um dos principais motivos de desistências e desligamentos, aliado à dificuldade de adaptação às condições adversas dos municípios e desorganização na condução do Programa.

A reversão desse quadro passa pelo investimento dos governos federal e estaduais no aperfeiçoamento da capacidade gestora desses municípios e pela ampliação e fortalecimento do controle social. Daí a importância da atuação efetiva dos conselhos de saúde, com acompanhamento mais sistemático por parte do Conselho Nacional de Saúde. Os melhores índices de desempenho de gestão pública tendem a ser encontrados nas esferas governamentais em que a tradição de participação política é mais forte e, contrariamente, quanto mais verticalizadas sejam as relações políticas, piores tendem a ser os índices de desempenho encontrados. *"Dito de outro modo, variações nos graus de desempenho da gestão estariam diretamente associadas a variações nos indicadores de participação política."* (Lubambo, 1998: 7).

Sabe-se que, num Estado federalista, a ação dos governos locais depende em grande parte da ação do governo federal, que pode induzir decisões e políticas públicas na esfera local. A habilidade político-administrativa, a performance de gasto e as relações e estratégias de articulação entre as esferas de governo são decisivas no desempenho da gestão.

Nenhuma política que pretenda melhorar a distribuição de profissionais de saúde e ampliar sua fixação nessas localidades poderá ser bem sucedida se os gestores municipais não forem capacitados para o exercício de suas funções, não contarem com investimento público e privado que proporcione maior aporte de recursos e se não forem ampliadas suas relações com a sociedade, por meio das instâncias de controle social, que podem tornar a gestão mais eficaz.

6.2.3. A formação dos médicos

As dificuldades de adaptação dos profissionais em atuar e viver nesses municípios podem ser, em grande medida, atribuídas ao distanciamento entre a educação médica e a realidade socioeconômica e sanitária do país.

O diagnóstico dessa cisão entre ensino médico e realidade social vem sendo reiterado há décadas. O modelo tradicional de ensino baseado no hospital como *locus* privilegiado do processo de aprendizagem, muitas vezes desarticulado do sistema de saúde, não responde às necessidades de uma formação em que o princípio da integralidade da atenção é a base das práticas de saúde (Maciel Filho, 2001a). Um modelo resumido por Silva (1986: 9-10) como acrítico, ahistórico e cientificista, no qual a "[...] *falta de formação científica sólida, aliada à mitificação tecnológica e ao descompromisso social, transformam o médico formado num elo fundamental na cadeia do consumo de produtos (medicamentos) e equipamentos.*"

Atualmente, contudo, os ministérios da Saúde e da Educação vêm estudando critérios de atuação conjunta dos dois setores no credenciamento de cursos, que considerem o papel regulador do Estado, a regionalização, a ampliação da rede pública de ensino e novas propostas pedagógicas (Vieira et. al., 2004).

Essas iniciativas, que deverão servir como subsídio para a proposta de Lei Orgânica da Reforma da Educação Superior, a ser apreciada pelo Congresso Nacional, "[...] *apontam a construção de processos regulatórios que podem reverter de fato as tendências observadas, que caracterizam o sistema de ensino no país como desordenado, desigual e privatizado.*" (Vieira et. al., 2004: 200).

Já vimos nesse estudo que o governo federal tem investido nessa direção, com iniciativas como a política de avaliação do funcionamento das escolas médicas, a criação do exame nacional para os graduandos, maior autonomia para as escolas na definição do currículo médico e a criação do Programa de Incentivo para Mudanças Curriculares para Faculdades de Medicina (PROMED). Criado com a finalidade de incentivar transformações nos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro, o PROMED estabelece mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas; incorpora no processo de formação médica noções integralizadas do processo saúde-doença e da promoção de saúde; amplia a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e favorece a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a auto-educação continuada (Brasil, 2002a).

Como já referido em outro momento deste estudo: "*O que se busca é a intervenção no processo formativo para que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação – centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares – para um outro processo em que a formação esteja sintonizada com o SUS, em especial com a atenção*

básica, e que leve em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, instrumentalizando os profissionais para enfrentar os problemas do binômio saúde-doença da população na esfera familiar e comunitária e não apenas na instância hospitalar" (Ministério da Saúde, 2002a: 13-14).

Essas mudanças são imprescindíveis, porque como destacam Troncoso et. al. (1986), embora haja uma interação recíproca entre o sistema de educação médica e o sistema prestador de serviços, há razoável consenso acerca da existência de uma determinação mais forte da prática médica sobre a formação do recurso humano. Essa determinação se dá em três principais níveis: (1) por meio da adoção de um determinado currículo em resposta à demanda do sistema de saúde por certo tipo de médico – como ocorre agora com o PSF e a criação do PROMED –; (2) na capacidade do sistema de saúde para tornar ou não viáveis as reformas propostas pelo sistema formador; (3) e no fato do sistema de saúde imprimir suas modalidades específicas aos programas educativos, ao prover espaços de prática para os educandos.

E se dessa vez as mudanças realmente parecem ter possibilidade de se efetivarem é devido ao fato de que o PROMED é uma iniciativa que *"Pela primeira vez, aponta não apenas uma direção concreta para as mudanças, respeitando as peculiaridades, idiosincrasias e autonomia de cada faculdade, mas também oferecendo recursos financeiros e consultorias para o processo [...]"* Rego (2005: 43).

No entanto, mesmo considerando que o PROMED possa vir a obter sucesso, não se pode ignorar, como adverte Lampert (2002), que a mudança da formação médica é um processo bastante complexo, subordinado à estrutura econômica e social da sociedade onde está inserido. Nesse sentido, ainda que esse movimento para transformar a graduação médica cresça e se consolide – e em que pese a conformação do PSF como um novo mercado de trabalho – há que considerar que *"[...] por um período de tempo significativo a grande maioria dos estudantes seguirá buscando especializar-se. Isso porque ainda não se transformou a imagem-objetivo de profissional bem-sucedido que a corporação e os estudantes de medicina têm: médico especialista, trabalhando meio tempo em um grande hospital privado e meio tempo em seu consultório particular."* (Feuerwerker, 2001: 52).

Dessa forma, *"[...] as relações hegemônicas de poder dentro da categoria, a manutenção de uma imagem de ideal profissional vinculada à prática privada e liberal e a legitimação acrítica de práticas indefensáveis de acordo com os preceitos da ética são a base de uma boa parte da resistência da categoria às mudanças na formação profissional dentro e fora das escolas."* (Feuerwerker, 2002: 41).

Entendendo que o PROMED pretende exatamente que a formação do médico seja adequada às necessidades de ampliação da atenção básica e da estratégia de saúde da família, abrindo mercado para o médico generalista, deve-se, contudo, destacar que a própria população não reconhece o médico não especialista, o mesmo ocorrendo com a corporação médica e mesmo com o Conselho Federal de Medicina, que não tem registrada a prática do clínico geral, sendo a Medicina Interna a formação mais próxima do que propõem as novas diretrizes curriculares (Lampert, 2001). Em função disso, Lampert (2001: 17) adverte que para que a mudança seja bem sucedida, a população deve ser considerada e, portanto, instruída, para contribuir e prestigiar a iniciativa, e que para isso, o uso dos veículos de comunicação é fundamental.

Estratégias para ampliar o reconhecimento e *status* social dos médicos generalistas que trabalham em áreas carentes e remotas têm sido implantadas em alguns países (Dussault & Franceschini, 2006). Elas ajudam a levantar o moral desses profissionais e os estimulam a permanecer nessas áreas. Na Austrália, como vimos no capítulo 3, em que foram analisadas algumas experiências internacionais, há os Clubes de Saúde Rurais, que funcionam nas universidades, sendo destinados aos alunos que possuam interesse em atuar posteriormente como profissionais nas áreas rurais e mais remotas. Os Clubes têm por objetivo proporcionar uma base social e de atividades profissionais para esses estudantes e o apoio mútuo. Na Tailândia, os médicos rurais criaram sua própria sociedade ("The Rural Doctor Society"), que proporciona programas inovativos para suporte ao trabalho nessas localidades. A sociedade foi muito bem recebida pelo público e pela corporação médica, tendo sido criada, inclusive, uma premiação por reconhecimento público, que elege o "melhor médico rural do ano" e o "melhor médico da área mais remota". Alguns médicos recebem títulos honorários de mestre ou doutor, emitidos por universidades. Em nível nacional, os médicos rurais têm sido indicados à premiação como "personalidade tailandesa do ano" (Wibulpolprasert, 1999; 2002). Esse tipo de estratégia realmente parece surtir efeito, como vimos em nosso estudo de caso, em que vários profissionais ressaltaram a relevância que atribuem ao Diploma de Serviços Prestados à Nação por terem participado do PITS e o orgulho em recebê-lo.

No Brasil, a crescente complexificação e tecnificação da prática médica e as notórias deficiências da graduação têm feito com que a formação de pós-graduação seja encarada, tanto pela população quanto pelos próprios médicos, como um requisito indispensável para que o profissional conclua sua formação. O tipo de carreira a que o médico almeja e a conseqüente especialidade que irá escolher se converteram em elementos diferenciadores de sua posterior incorporação ao mercado de trabalho (Troncoso et. al., 1986).

Isso nos leva a questionar se a formação em saúde da família deve ter também o caráter de uma especialização. Há mais de vinte anos, Ferreira (1983: 60) já alertava para os riscos aí embutidos e argumentava que esse poderia não ser o caminho mais adequado para se alcançar a desejável formação generalista para o médico: *"Es injustificado preparar un médico de familia como especialista a nivel de posgrado. Esto constituye, además de un contrasentido, una falacia que puede conducir a soluciones contraproducentes. [...] Si se critica el exceso de especialización, no se puede tratar de contrarrestar este exceso con la creación de la medicina general o de familia, también a nivel de especialidad."*

Ao invés da criação de mais uma especialidade, o autor propunha que o médico de família fosse formado como resultado do próprio curso de graduação: *"[...] El nombre que se dé a este profesional, sea médico de familia, médico general, o cualquier otro, tendría poca importancia, pero lo que sí sería necesario asegurar es que su preparación correspondiese al propio curso médico, a fin de poder ingresar al servicio inmediatamente después de su graduación."* Ferreira (1983: 60).

O autor entende que: *"Ante la dificultad de competir a un nivel de médico general desde el inicio de la carrera como profesional liberal, la opción no tendrá que ser necesariamente la de especialización precoz, sino el ingreso al sistema de servicios de salud para prestar atención primaria. Eventualmente, incluso, se deberían crear incentivos especiales para promover esta solución, con la posibilidad de empleo único y de su oferta a todos los graduados de medicina general, y el establecimiento de mecanismos y grados de ascenso en la carrera sin necesidad de alejarse de esta orientación general."* (Ferreira, 1983: 60).

Isso nos remete à experiência do Chile, que como vimos no capítulo 3, criou uma carreira específica para médicos que se propunham a trabalhar nas áreas mais carentes e distantes. No entanto, quando o governo militar descentralizou o Sistema Nacional de Saúde chileno e transferiu para os municípios a responsabilidade pela atenção básica esses médicos tornaram-se funcionários municipais, sendo desvinculados da estrutura hospitalar do Ministério, que lhes garantia educação continuada. O cargo tornou-se menos atrativo, aumentando o número de vagas não preenchidas, o que fez com que se estudasse a criação de um novo regime administrativo para os profissionais de saúde municipais, que garantisse a educação de pós-graduação e uma carreira em atenção básica.

Santos (2001: 143) ressalta que num modelo em que ao término da graduação o médico esteja apto a atuar na atenção básica, como se espera com as novas diretrizes curriculares, as especialidades *"[...] devem ficar definidas em função da divisão racional das*

áreas de ampliação científica e desenvolvimento de tecnologias médicas de ponta, com vistas ao suporte e referência dos serviços de baixa e média complexidade. Nesta lógica, o bom generalista, especialista e superespecialista, são igualmente imprescindíveis, desde que adequadamente distribuídos e articulados no processo de trabalho e de oferta das ações de saúde à população de cada região."

Padilha & Feuerwerker (2002) lembram que a tendência à especialização pode anular o impacto dos processos de mudança na graduação, como os que têm sido implantados por meio do PROMED.

Em consonância com esse conjunto de argumentos, o que aqui se defende é a formação do médico de família como resultado do próprio curso de graduação, entendendo que o PROMED e as novas diretrizes curriculares representam, efetivamente, a possibilidade de que o curso de Medicina assegure terminalidade para a formação do profissional médico. Isso significa formar médicos, que ao término do curso, estejam aptos para ingressar no mercado de trabalho de saúde da família e que, pela competência adquirida na graduação, sejam prestigiados e respeitados pela corporação e por todos os demais segmentos da sociedade.

6.2.4. A distribuição das escolas médicas

A formação de recursos humanos para a saúde e a criação de instituições formadoras deve ser responsabilidade dos governos, como resultado de políticas de saúde e de educação explícitas. No entanto, no que se refere ao modelo de ensino médico, se por um lado, o PROMED vem atender a uma expectativa e a uma necessidade antigas; por outro, no que diz respeito à criação de novas escolas médicas, o cenário ainda é preocupante. O que se tem verificado é o aumento do número de escolas médicas e o crescimento desordenado dos programas de residência, sem que ambos estejam efetivamente orientados pelas necessidades do sistema de saúde e do modelo de atenção.

Como já amplamente discutido nesse estudo, as escolas médicas estão fortemente concentradas nas regiões Sudeste e Sul. Já vimos que a expansão de cursos médicos nessas áreas "*[...] obedeceu muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compra dessas regiões do que às reais necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Norte e o Nordeste.*" (Vieira et. al., 2004: 192).

O tema tem preocupado os formuladores de políticas, gestores do setor e demais atores. E não apenas no que se refere à má distribuição da oferta de cursos de graduação de Medicina, mas de toda a área da saúde. Recentemente, o documento preparatório para a 3ª

Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, publicado em 2005, destacou "[...] *a necessidade de formular critérios nacionais para a abertura de cursos e de vagas nas escolas, a serem respeitados por todas as instâncias do setor da educação*", entendendo que "*Não se pode concordar que sejam abertos cursos em regiões carentes sem um processo seletivo que conceda elevada prioridade aos candidatos locais.*" (Ministério da Saúde, 2005b: 48).

Não fica claro, no documento, o que se entende por "*um processo seletivo que conceda elevada prioridade aos candidatos locais*". No entanto, já há várias décadas, diversos estudos internacionais têm demonstrado que candidatos ao curso de Medicina oriundos de áreas rurais têm maior tendência de se interessarem por atuar nessas áreas, comparativamente àqueles oriundos de áreas metropolitanas, desde que estimulados por uma política de admissão à graduação, por incentivos curriculares durante o curso e outros estímulos (Carter, 1987; Cullison et. al., 1976; Johnson et. al, 1973; Kassebaum & Szenas, 1993; Leonardson et. al. 1985; Rabinowitz, 1993; Rabinowitz at. al., 1999).

Cullison et al. (1976: 504), por exemplo, afirmam que "*Apesar da escolha do local de prática ter muitos determinantes, muito poucos deles podem ser influenciados pela escola médica. [...] No que se refere à admissão à escola médica, a ênfase crescente na seleção de pretendentes qualificados com origens rurais pode incrementar a porcentagem de graduados da escola médica que estejam interessadas em atuar em área não metropolitana ou metropolitana de pequena porte. [...]*" [minha tradução].

A fim de aumentar o número de estudantes de Medicina oriundos das áreas rurais, esses autores propõem que as escolas médicas não apenas incrementem o grau de aceitação de candidatos dessas áreas que possuam qualificação, mas também implementem programas de recrutamento de estudantes das áreas rurais. Vários países têm adotado essa estratégia, como Austrália, Estados Unidos e Tailândia (Wibulpolprasert, 2002).

Por fim, concluem que: "*Os dados de diversos estudos sugerem que programas comuns que aumentam o número de estudantes médicos originários dos condados não metropolitanos e incrementam oportunidades para esses estudantes na medicina de família podem propiciar um impacto importante sobre a carência de médicos rurais.*" (Cullison et. al., 1976: 505). [minha tradução].

Rabinowitz (1993) avaliou os resultados de um desses programas, desenvolvido na Pensilvânia, Estados Unidos. O programa, denominado Physician Shortage Area Program (PSAP), foi implantado em 1974, pelo Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University, uma universidade privada. Propõe-se a recrutar e admitir candidatos à escola

médica, oriundos de áreas rurais, que pretendam atuar como médicos de família em localidades rurais ou desprovidas de atendimento médico. Além de apoio financeiro, os estudantes contam com um programa curricular específico em medicina de família, incluindo um supervisor, atividades obrigatórias no terceiro ano em uma ou duas localidades não metropolitanas e um semi-internato em medicina de família com preceptoria de um médico de família.

Rabinowitz analisou, por meio de dois estudos, os resultados obtidos pelo Programa. após 18 anos de sua implantação (Rabinowitz, 1993) e, posteriormente, após 22 anos da implantação (Rabinowitz et. al., 1999). O autor se reporta a outros estudos, como Pathman et. al. (1992), que já mostravam que os médicos graduados pelo PSAP registram um ingresso em medicina de família cinco vezes superior ao daqueles que não se graduaram pelo Programa e que sete em cada dez graduados do PSAP aliam a prática em medicina da família com a atuação em áreas não metropolitanas ou desprovidas de médicos. Os dois estudos de Rabinowitz confirmam e estendem esses resultados, mostrando que os graduados do PSAP continuam ingressando muito mais na medicina de família em áreas rurais ou carentes do que seus pares, registrando, além disso, alto grau de retenção nessas áreas em comparação com outros programas vigentes nos Estados Unidos, como o National Health Service Corps (NHSC), que oferece bolsas de estudo ou crédito educativo a estudantes que se proponham a atuar em áreas designadas pelo governo, que apresentam carência de médicos e conclui tratar-se de um Programa muito bem-sucedido e com resultados de longo prazo, que deve ser implementado por outros estados norte-americanos (Rabinowitz, 1993; Rabinowitz et. al.,1999).

Rabinowitz (1993) conclui, ainda, que embora não tenham sido avaliados isoladamente os vários componentes do PSAP (admissão, ajuda financeira, supervisão, currículo e locais de prática), a admissão seletiva parece ser o fator mais poderoso para o sucesso do Programa, "*[...] uma vez que dados nacionais indicam que estudantes com origem rural ou interesse em medicina de família que entram para a escola médica estão muitas vezes mais próximos do que seus pares de se tornarem médicos de família ou atuarem em áreas rurais (e aqueles não interessados em medicina de família ou na prática rural são altamente improváveis de mudar sua escolha de carreira para a medicina de família.*" (Rabinowitz, 1993: 938) [minha tradução].

Além disso, Rabinowitz e seus colaboradores argumentam que mais de 2/3 dos graduados pelo PSAP não haviam sido aceitos por nenhuma outra escola médica além da Jefferson Medical College. Os dados da revisão de todos os matriculados da Jefferson

Medical College, durante os 22 anos que o estudo analisou, mostram que uma proporção similar de alunos não teria sido aceita pela própria Jefferson Medical College se o Programa não existisse. No entanto, verifica-se que a performance desses estudantes durante o curso foi semelhante a de seus colegas de classe não participantes do PSAP (Rabinowitz et. al., 1999).

O autor acrescenta que outros programas têm alcançado metas semelhantes, o que sugere que as "[...] *escolas médicas podem ter uma influência substancial na distribuição geográfica e de especialidades de seus graduandos.*". Adverte, no entanto, que as "[...] *escolas médicas não podem solucionar o problema nacional da má distribuição de médicos, por si sós. Mudanças são também necessárias na abordagem da educação superior médica, na remuneração dos médicos da atenção primária, no processo de crédito educativo e nas condições de exercício profissional.*" (Rabinowitz, 1993: 939) [minha tradução].

De qualquer forma, em outro estudo em que discute os fatores críticos a serem considerados para o desenho de programas que tenham como objetivo aumentar a oferta e retenção de médicos na atenção primária em áreas rurais, Rabinowitz et. al. (2001) reiteram a conclusão de que os educadores médicos e os formuladores de políticas podem obter um grande impacto nessa direção se implantarem programas que incrementem o número de estudantes médicos que possuam origem rural e planos de construir carreira na medicina de família. Estudos desenvolvidos por outros autores reforçam essa conclusão (Curran & Rourke, 2004; Dunbabin & Levitt, 2003; Jackson & Jackson, 1991; Kamien & Buttfield, 1990; Vaneslow, 1990).

Curran & Rourke (2004: 266) também entendem que "*A educação médica tem um importante papel a desempenhar no recrutamento de médicos rurais. A organização, localização e missão das escolas médicas têm se mostrado relacionadas com a propensão dos graduandos selecionarem a prática rural. Escolas médicas que são descentralizadas, localizadas em áreas rurais, possuem um foco rural, encorajam a admissão de estudantes rurais, facilitam o currículo médico voltado para a atuação rural e proporcionam desde cedo experiências de aprendizado em medicina rural, são as mais bem sucedidas em graduar médicos que irão escolher a prática rural como carreira.*" [minha tradução]. Os autores reportam três exemplos internacionais de escolas médicas com essas características e orientações: Tromso, no nordeste da Noruega; Jichi Medical School, no Japão; e Memorial University, em St John's, no Canadá.

Na Tailândia, o recrutamento de estudantes rurais tem sido feito por algumas escolas médicas, com relativo sucesso. Essas escolas, espalhadas pelo país e subsidiadas, formam, anualmente, cerca de 300 médicos especificamente para atuar nas áreas rurais. Uma rede de

hospitais e clínicas locais onde os estudantes podem praticar foi montada para dar suporte ao programa. Os estudantes desenvolvem essa prática nas localidades onde irão trabalhar após a graduação, o que é definido em contrato quando são recrutados, com vigência de dois a quatro anos. O programa tem aumentado, consideravelmente, a proporção de alunos de medicina de origem rural (Wibulpolprasert, 1999; 2002).

Curran & Rourke (2004) chamam a atenção para o fato de que os estudantes de origem rural estão sub-representados nas escolas médicas relativamente à população rural total, o que caracteriza a dificuldade de acesso dessa população ao ensino médico. Diversos estudos confirmam esse cenário (Head & Harris, 1989; Hutten-Czapski & Thurber, 2002; Kamien & Buttfield, 1990; Kassebaum & Szenas, 1993; Rourke, 2005).

Com frequência, as comunidades rurais possuem menor nível educacional do que as urbanas. Dessa forma, por falta de modelos, os jovens que residem nas áreas rurais têm menos incentivo e experimentam menos aceitação à ideia de cursar uma faculdade, incluindo a escola médica, do que seus pares urbanos (Dhalla et. al., 2002).

Além disso, as famílias rurais possuem, em geral, renda significativamente mais baixa do que a verificada nos centros urbanos, o que faz com que o alto custo da escola médica se configure como uma barreira real para os estudantes dessas áreas. A conclusão a que se chega é que há um viés no processo de admissão à escola médica que, não intencionalmente, dificulta a entrada de estudantes das áreas rurais (Rourke, 2005).

Variadas estratégias têm sido utilizadas para ampliar esse acesso. Na Austrália e nos Estados Unidos foram implementadas políticas que incluem criação de vagas, pontuação diferenciada nos processos seletivos, bolsas de estudo e apoio financeiro (Rourke, 2005). Recentemente, a Sociedade de Médicos Rurais do Canadá divulgou um relatório com recomendações de políticas e estratégias para ampliar o acesso dos estudantes rurais à formação médica, que inclui iniciativas destinadas a fomentar, desde o ensino básico, o interesse pelo estudo da medicina (Rourke, 2005). No México e na Tailândia, os estudantes que recorrem ao crédito educativo para cursar Medicina podem pagar seus estudos por meio do trabalho, após a graduação, em áreas rurais com carência de médicos, definidas pelo governo (Dussault & Franceschini, 2006).

Os jovens das áreas rurais que conseguem ultrapassar essas dificuldades ainda precisam arcar com elevados custos de deslocamento em função das grandes distâncias que, em geral, separam essas localidades dos centros urbanos onde estão localizadas as escolas médicas (Rourke, 2005).

Dussault & Franceschini (2006) mostram que a localização da escola médica está associada com a escolha do local de prática e da especialidade. No Brasil, o cenário não é diferente e se estende à formação em nível de pós-graduação. Feuerwerker (2001: 51), por exemplo, lembra que "[...] o fato de o médico recém-formado fazer residência fora do seu local de origem é um importante fator de concentração dos médicos nos principais centros urbanos e especialmente na região Sudeste". Afirmção confirmada pelo estudo de Machado (1997), que mostra que 60% dos médicos que migram para fazer residência médica não retornam ao seu local de origem. Estudos internacionais já há algumas décadas também demonstram o mesmo (Holmes & Miller, 1986; Johnson et. al., 1973; Leonardson et. al., 1985; Yett & Sloan, 1974).

O estudo de Machado (1997) permite observar também que a localização de escolas de medicina em municípios do interior contribui para que os profissionais que ali se graduam acabem fixando residência em localidades do interior do país. Somente para o estado do Rio de Janeiro essa tendência não se revelou válida, uma vez que independentemente da localização do estabelecimento de ensino, os médicos formados terminam por se fixar nas capitais. As conclusões da autora confirmam a literatura internacional, que mostra a tendência dos médicos em permanecerem nas áreas onde se graduaram ou se especializaram (Burfield et. al., 1986; Cooper et. al., 1977; Kristiansen & Førde, 1992; Leonardson et. al., 1985; Scheffler, 1971; Watson, 1980). Recentes estudos nacionais também chegam às mesmas conclusões (CFM, 2004; Pinto, 1999; Póvoa & Andrade, 2006), o que deixa clara a importância da distribuição espacial das escolas de Medicina para uma distribuição mais equânime de médicos no país.

Conforme demonstrou nosso estudo de caso, foi a região Nordeste que se destacou como região de graduação da maioria dos médicos lotados no PITS, dos que concluíram um ano de participação e dos que renovaram por mais um ano. Já o Sudeste apresentou um índice como região de graduação dos médicos desistentes ou desligados (37,4%) bastante superior a sua participação como região de graduação dos que concluíram um ano (25,6%) ou renovaram (16,2%). Além disso, também foi expressivo o percentual de médicos que concluíram um ano no PITS e haviam se formado em instituições de ensino superior da região Norte (19,7%), que foi a região de origem de 19,8% dos médicos lotados, levando a conclusão de que os médicos oriundos da região Norte se graduaram nessa mesma região.

Deve-se lembrar, ainda, que a maioria dos médicos que concluíram um ano no PITS ou renovaram sua participação era proveniente das regiões Nordeste e Norte (68,7% e 73%, respectivamente).

Insistimos, portanto, em destacar a conclusão obtida por meio desses e de outros dados do nosso estudo de caso: há maior interesse, por parte dos médicos que já residem e se graduaram nas regiões Nordeste e Norte, de fixação em localidades do Nordeste e Norte consideradas menos atrativas para aqueles do Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Desde que, é claro, sejam oferecidas condições adequadas de contratação, remuneração, capacitação e incentivos compensatórios. Além do maior interesse, esses profissionais revelaram particular sensibilização com as condições de vida e saúde da população dos estados e regiões em que vivem, mostrando-se mais conhecedores dos problemas e limitações existentes e mais conscientes e mobilizados em reverter o quadro de saúde que afeta as comunidades dessas áreas.

Esses resultados são convergentes com os de estudos internacionais que mostram que graduados oriundos de escolas médicas localizadas fora dos grandes centros urbanos são mais propensos a atuar em áreas rurais e escolher especialidades ligadas à atenção básica, tais como a medicina de família (Rosenblatt et. al., 1992).

No caso do Brasil, a possibilidade de que esses estudantes possam graduar-se em universidades em seus próprios estados de origem e dar continuidade a sua formação nessas localidades vem se tornando factível apenas há alguns poucos anos. Como vimos em outro momento deste estudo, até há poucos anos, a maioria desses profissionais precisaria deslocar-se para as demais regiões do país – particularmente para o Sudeste e o Sul – para se graduar em Medicina. Hoje, o Norte e o Nordeste contam com cerca de 31% das escolas médicas do país, sendo que mais da metade delas (54%) foram criadas nos últimos seis anos, ou seja, a partir do ano 2000. O impacto que a criação dessas escolas poderá ter sobre a má distribuição e a maior fixação de médicos nessas regiões só poderá ser avaliado dentro de mais alguns anos. Mas, de qualquer forma, a abertura de vagas para Medicina nessas áreas parece indispensável como uma das estratégias para enfrentar o problema e se mostra compatível com o que aponta a literatura internacional.

Isso não significa defender uma visão expansionista de formação de médicos, mas ao contrário, visa estimular a reflexão acerca da reversão dessa tendência, em favor de políticas que: (1) reorientem a criação de escolas médicas num sentido que favoreça a distribuição geográfica e a fixação desses profissionais em localidades de menor porte; (2) estabeleçam processos seletivos que incentivem o ingresso de estudantes rurais; (3) criem oportunidades de educação continuada e atualização profissional em localidades próximas a essas áreas.

6.2.5. O movimento migratório dos médicos

A distribuição geográfica de médicos está fortemente condicionada pelo processo de escolha da localidade em que esse profissional pretende atuar (Nocera & Wanzenried, 2002), que por sua vez é influenciada por diversos fatores, alguns específicos desta categoria profissional e outros inerentes ao próprio movimento migratório em geral. .

Os fatores envolvidos na decisão que leva os indivíduos a migrarem de uma área para outra estão vinculados à identificação de aspectos positivos e negativos nas áreas de origem e de destino, conhecidos como fatores de atração ou de expulsão (Lavinias et. al., 1994; Patarra, 1997; Santos et. al., 1991; Singer, 1972). É, portanto, uma decisão seletiva que cria correntes e contracorrentes de fluxo migratório, com especificidades por escolaridade, sexo, idade, ocupação, etc (Pacheco & Patarra, 1997, Pinto, 2000).

Singer (1972) entende que o fenômeno migratório é parte de um processo mais amplo de transformação global da própria sociedade e diferencia os fatores de atração ou expulsão segundo seu caráter de *causas* (entendidas como condições estruturais) ou de *motivos* (entendidos como condições individuais ou familiares).

Póvoa & Andrade (2006), baseados em modelo teórico proposto por Maier & Weiss (1991), realizaram um estudo de modelagem que considerou diversas variáveis que funcionam como *causas* ou *motivos* para a migração de médicos no Brasil. O estudo confirma os achados de Rosko & Broyles (1988), para quem os médicos são atraídos para as regiões onde os ganhos líquidos sejam altos. Segundo esses autores, o maior número de médicos em uma localidade aumenta a competitividade e diminui os ganhos líquidos, tornando-a menos atrativa, segundo este critério.

No entanto, como mostrou nosso estudo de caso, poucos profissionais optaram por renovar sua participação no PITS, mesmo com a boa remuneração oferecida e acrescida do incentivo financeiro criado pelo Ministério da Saúde para este fim. Isso parece indicar que, em se tratando de interiorização, não é o atrativo financeiro que tem maior peso na decisão dos médicos em aceitarem trabalhar nessas localidades.

Dentre os fatores que podem ser classificados como *motivos*, a literatura revela que a influência do cônjuge tem papel de destaque na escolha dos médicos por uma cidade para migrar (Holmes & Miller, 1986; Kazanjian & Pagliccia, 1996; Leonardson et. al., 1985; Póvoa & Andrade, 2006; Szafran et. al., 2001). São estudos que mostram que as localidades com mercado de trabalho restrito, com poucas oportunidades, são preteridas pelos parceiros conjugais dos médicos – particularmente quando esses parceiros possuem bom nível de escolaridade – por verem suas próprias perspectivas profissionais reduzidas.

Em recente trabalho, Pinto (2000) mostra que 26,9% do total de médicos em atividade no país migram por motivos familiares; 25,7% em busca de formação profissional e 24,4% por melhores condições de trabalho.

A modelagem de Póvoa & Andrade (2006) também aponta nessa direção, além de revelar que os médicos mais jovens são mais propensos a migrar, reduzindo-se a partir dos 50 anos o interesse em se deslocar. No entanto, vimos em nosso estudo de caso, que o expressivo percentual de 23,2% dos lotados tinham mais de 50 anos e que parte desses profissionais optaram por atuar no Programa em busca de um estilo de vida mais interiorano e distante do estresse das grandes cidades. Foram também os médicos mais velhos que optaram por continuar no Programa por pelo menos mais um ano.

Outros estudos apontam que as mulheres médicas demonstram menos interesse em atuar nas áreas rurais do que os médicos (Bowman & Gross, 1986; Doescher et. al., 2000). Dessa vez nosso estudo de caso confirma o achado, mostrando que tanto os médicos que se inscreveram para participar do PITS, quanto os que desistiram antes da lotação e os efetivamente lotados eram, em sua maioria, do sexo masculino. Além disso, o maior percentual de desistências e desligamentos foi registrado entre as mulheres. São necessários estudos mais detalhados e específicos para identificar as causas desse fenômeno.

Leonardson et. al. (1985), utilizando técnicas de regressão múltipla, pesquisaram 29 variáveis que podem interferir na escolha do local de atuação dos médicos, destacando como principais: o tamanho da cidade onde o profissional cresceu; o tamanho da cidade onde a esposa(o) ou companheira(o) cresceu; o contato com outros médicos; a importância que o profissional atribui à educação médica continuada; e as oportunidades de crescimento profissional. Os autores concluem que as percepções e preferências de estilo de vida dos médicos são os principais fatores para determinar o local de atuação.

Com relação ao quarto fator acima apontado – a educação médica continuada – vimos em nosso estudo de caso que, em sua grande maioria, os médicos que se inscreveram no PITS não haviam feito nenhum curso de pós-graduação e que o curso de especialização em saúde da família oferecido pelo PITS foi considerado por eles como o fator mais atrativo do Programa. E foram exatamente profissionais sem pós-graduação que, majoritariamente, renovaram sua participação por mais um ano. Além disso, a quase totalidade dos médicos que participaram do Programa declarou necessidade de aprimoramento profissional.

Page et. al. (1992) também se dedicaram à pesquisa de fatores que interferem na escolha dos médicos pelo local de atuação. Os autores identificaram fatores atrativos e negativos em relação às áreas rurais. Como fatores negativos, foram citados pelos

profissionais: a ausência de outros médicos com quem possam interagir; a inexistência de supervisores; a falta de especialistas de referência para onde encaminhar os pacientes; a falta de equipamentos e de recursos para manutenção; a falta de apoio laboratorial; as longas distâncias dos centros urbanos; as dificuldades de transporte; e a escassez de opções de lazer. Mas o fator mais referido como motivo para não haver interesse pela escolha de áreas rurais foi a falta de oportunidades de pós-graduação. Como aspectos atrativos que mobilizam os profissionais para atuar nessas áreas foram identificados: menor taxa de violência; menos poluição; desejo de mudança; sentimentos altruístas. Em relação aos "sentimentos altruístas", vale destacar que em nosso estudo de caso, "a atuação profissional junto às comunidades carentes" foi considerada pelos médicos como o fator mais satisfatório do PITS.

Szafran et. al. (2001), por sua vez, encontraram resultados semelhantes aos estudos de Leonardson et. al. (1985) e Page et. al. (1992), destacando ainda as condições de remuneração, incentivos financeiros, a disponibilidade de educação médica continuada; as oportunidades educacionais para os filhos e a proximidade da família e dos amigos.

No Brasil, o crescente processo de industrialização e urbanização, intensificado a partir da década de 50, tornou as regiões Sudeste e Sul pólos de atração de profissionais dos mais variados segmentos, não apenas pela maior oferta de trabalho, mas também pelas oportunidades educacionais.

Analisando a origem geográfica dos médicos que trabalham nas diversas regiões brasileiras, Machado (1997), a partir do já citado estudo "Perfil dos médicos no Brasil", realizado em 1995, aponta as especificidades do movimento migratório desses profissionais. As regiões Nordeste, Sudeste e Sul comportam-se como mercados de trabalho mais fechados regionalmente, com mais de 73% de seus médicos sendo oriundos da própria região. O Centro-Oeste revela-se como o mercado mais dependente de profissionais de outras regiões (68,8%), seguido da região Norte (39%). A análise por Unidade da Federação mostra que com exceção do Pará, os demais estados da região Norte dependem fortemente do aporte de médicos vindos de outros estados do país. Já o Rio Grande do Sul e Minas Gerais são os que possuem a menor participação de médicos migrantes, 5,7% e 13,1%, respectivamente, acentuando a característica de mercados fechados, constituídos de profissionais nascidos na própria localidade.

Machado (1997: 42), baseada em mapas migratórios entre as Unidades da Federação, elaborados a partir do estudo que coordenou, resume assim as principais características observadas no movimento migratório dos médicos entre os diversos estados brasileiros: "*Minas Gerais se destaca como um 'estado migrador', seguido de Rio de Janeiro e São Paulo,*

fato explicado em parte pela alta concentração de escolas médicas nesses estados. Apenas um estado nordestino - Pernambuco - figura entre os estados de maior volume migratório, mesmo assim localizado apenas no movimento de migração Pernambuco-Roraima. Paradoxalmente, a totalidade dos estados que compõem a região Nordeste apresenta as menores taxas de migração de todo o País, o que sugere um mercado fechado e tipicamente nordestino, onde as trocas de serviços e profissionais especializados são realizadas no interior da própria região."

Pinto (2000: 54), por sua vez, sintetiza as principais características do movimento migratório desses profissionais: "[...] *médicos tendem a se especializar e em boa medida acabam buscando centros urbanos desenvolvidos a fim de se 're-qualificarem' para os novos desafios e perspectivas profissionais; médicos consideram os 'fatores de atração' que um determinado município de um estado possa oferecer e isso influencia sua decisão de migrar; médicos formam movimentos migratórios de correntes e contracorrentes diferenciados por especialidade, faixa etária e gênero; médicos analisam, no plano individual, os custos e benefícios de migrar, levando em consideração, por exemplo, os rendimentos que irão auferir, estando estes situados, de maneira geral, acima da média salarial dos demais profissionais não-migrantes"*.

De qualquer forma, ainda é muito reduzido o contingente de médicos que optam por atuar no interior. No caso dos egressos de universidades federais, por exemplo, apenas 14% dos que se graduaram no estado do Rio de Janeiro, 8% no Pará, 7% em Pernambuco, 4% no Ceará e no Rio Grande do Norte e 2% em Alagoas, se deslocaram para o interior (Machado, 1997). Mas a competitividade cada vez maior do mercado de trabalho nos grandes centros urbanos tende a acarretar, gradativamente, maior movimento migratório para cidades do interior que ofereçam condições para o exercício da medicina, conforme demonstra a experiência de outros países (Newhouse et. al., 1982; Nocera & Wanzenried, 2002; Schwartz et. al., 1980; Williams et. al., 1983).

Entende-se aqui que a diversidade de *causas* e *motivos* que interfere nesse cenário mostra o quanto é complexo e multifacetado o problema da má distribuição de médicos. Para enfrentá-lo, sugere-se que além de políticas que contemplem as considerações e recomendações defendidas nos eixos analíticos anteriores, sejam adaptadas iniciativas como as que foram implementadas na Austrália, já apresentadas no capítulo 3. Vimos que o governo e alguns estados australianos têm fundado organizações não-governamentais, conhecidas como Agências de Força de Trabalho Rural, para incrementar o recrutamento de médicos rurais e estimular sua permanência nessas localidades. A principal estratégia adotada

é a garantia de educação continuada, aliada a gratificações financeiras, sistema de referência e contra-referência, manutenção de uma rede de comunicação e de troca permanente de experiências entre esses profissionais e mediação em caso de atritos entre colegas ou com as autoridades locais. Além disso, reconhecendo a importância da influência e satisfação da família para que os médicos se fixem nessas localidades, foram implementadas estratégias de apoio às suas famílias, incluindo a criação da Rede de Famílias de Médicos Rurais, que proporciona suporte para as possíveis dificuldades de adaptação.

6.3. Síntese das recomendações

O problema da má distribuição de médicos, no Brasil e no exterior, não é um fenômeno cíclico. Diagnósticos, em todo o mundo, acerca da má distribuição, são antigos e permanentes e cada país tem tentado minimizar o problema de acordo com sua realidade política, econômica e social.

Vimos, em nosso terceiro capítulo, que na América Latina, a principal estratégia que vem sendo tentada é o serviço civil, em contraste com países como Austrália, Estados Unidos e Tailândia, dentre outros, que têm preferido adotar políticas mais abrangentes, como as que são aqui defendidas.

A compreensão de que estratégias pontuais de interiorização como os programas aqui abordados, do Brasil e da América Latina, não são eficazes para enfrentar a má distribuição de médicos e a fixação desses profissionais, leva à recomendação de que o enfrentamento do problema integre a agenda do Estado e seja tratado no âmbito dos poderes executivo, legislativo e judiciário, como parte do plano de desenvolvimento econômico e social do país.

No âmbito específico da política de saúde, está clara a pertinência e potencial de mudança da recém-aprovada Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que consolida estratégias destinadas à desprecarização do trabalho, às mesas de negociação e ao plano de carreiras único do SUS, dentre outros aspectos relevantes. A construção coletiva que levou a sua formulação e aprovação deve ser incentivada e mantida para garantir sua implantação.

Isso significa entender como indispensável a articulação política e técnica entre as esferas federal, estadual, municipal, as instâncias de controle social, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. Como já referido, a implantação dessa política poderá funcionar como um verdadeiro "divisor de águas" no encaminhamento dos principais

problemas hoje existentes na gestão do trabalho e da educação para o SUS e, por consequência no enfrentamento da má distribuição de profissionais de saúde.

Defende-se que o plano de carreiras do SUS seja nacional mas com ingresso por concurso público na instância municipal, com incentivos para os profissionais que se propuserem a atuar em localidades desprivilegiadas, como faixas salariais compensatórias e ascensão funcional diferenciada.

Entendendo que nenhuma política que pretenda melhorar a distribuição de profissionais de saúde e ampliar sua fixação nessas localidades poderá ser bem sucedida se os gestores municipais não forem capacitados para o exercício de suas funções, propõe-se que os governos federal e estaduais invistam no aperfeiçoamento da capacidade gestora desses municípios, de forma a ampliar sua habilidade político-administrativa, performance de gasto e o aporte de recursos para o desempenho de suas funções, com fortalecimento do controle social.

Como o problema da má distribuição de médicos não se restringe ao aspecto quantitativo, destaca-se a necessidade de mudanças na formação desses profissionais, que permitam sua inserção plena e eficaz na estratégia de saúde da família como parte da atenção básica.

O que aqui se defende é a formação do médico de família como resultado do próprio curso de graduação e não a criação de uma nova especialidade médica. Para isso, é alvissareira a implantação do PROMED e das novas diretrizes curriculares, que representam, efetivamente, a possibilidade de que o curso de Medicina assegure terminalidade para a formação do profissional médico. Isso significa formar médicos, que ao término do curso, estejam aptos para ingressar no mercado de trabalho de saúde da família e que, pela competência adquirida na graduação, sejam prestigiados e respeitados pela corporação e por todos os demais segmentos da sociedade.

Essa formação, no entanto, precisa estar mais bem distribuída espacialmente no território nacional. Isso não significa defender uma visão expansionista de formação de médicos, mas ao contrário, visa estimular a reflexão acerca da reversão dessa tendência, em favor de políticas que: (1) reorientem a criação de escolas médicas num sentido que favoreça a distribuição geográfica e a fixação desses profissionais em localidades de menor porte; (2) estabeleçam processos seletivos que incentivem o ingresso de estudantes rurais; (3) criem oportunidades de educação continuada e atualização profissional em localidades próximas a essas áreas.

Entende-se que os diversos fatores que interferem no movimento migratório dos médicos pode ser enfrentado mediante políticas que contemplem a garantia de educação continuada, remuneração compensatória, sistema de referência e contra-referência e manutenção de uma rede de comunicação e de troca permanente de experiências.

Por fim, para a implantação de qualquer política e estratégia que pretenda enfrentar o problema da má distribuição e fixação de médicos em nosso país é necessário auscultar, cada vez mais, os profissionais de saúde, a população, os gestores, as instituições de ensino e pesquisa e as entidades de classe. Para identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. J. de. **Educação Médica e Saúde:** limites e possibilidades das propostas de mudança. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (FCM/USP), São Paulo, 1997.
- ARAÚJO JR., J. L. C. de; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 1, n. 3, p. 203-221, set./dez. 2001.
- ARRUDA, B. K. G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde, 2001. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, nº 1),.
- BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 1, p. 55-66, jan./fev. 1999.
- BURFIELD, W. B.; HOUGH, D. E.; MARDER, W. D. Location of medical education and choice of location of practice. **Journal of Medical Education**. v. 61, p. 545-554, July 1986.
- BOWMAN, M.; GROSS, M.L. Overview of research on women in Medicine - issues for public policymakers. **Public Health Rep**. v. 101, n. 5, p. 513-521, 1986.
- BRASIL. Decreto nº 62.927, de 28 de junho de 1968. Institui, em caráter permanente, o Grupo de Trabalho "Projeto Rondon", e dá outras providências, 1968.
- BRASIL. Decreto nº 67.505, de 06 de novembro de 1970. Reformula o Grupo de Trabalho Projeto Rondon e assegura-lhe autonomia administrativa e financeira e dá outras providências, 1970.
- BRASIL. Lei nº 6.310, de 15 de dezembro de 1975. Autoriza a instituição da Fundação Projeto Rondon, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1975.
- BRASIL. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, e dá outras providências, 1976.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Portaria Ministerial nº 126 - Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura, de 1º de fevereiro de 1999. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. 1999.
- BRASIL. Portaria Ministerial nº 1.162, de 18 de Outubro de 2000. Cria grupo de trabalho para elaboração do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2000.
- BRASIL. Decreto Presidencial nº 3.745, de 05 de fevereiro de 2001. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2001a.
- BRASIL. Portaria Ministerial nº 227 - Gabinete do Ministro da Saúde, de 16 de fevereiro de 2001. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2001b.
- BRASIL. Portaria Ministerial nº 1069 - Gabinete do Ministro da Saúde, de 18 de julho de 2001. Determina incentivos financeiros para os municípios participantes do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2001c.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 06 - Gabinete do Ministro da Saúde, de 21 de fevereiro de 2001. Institui a Comissão Nacional de Seleção do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2001d.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 610 - Gabinete do Ministro da Educação, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, 2002a.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 758 - Gabinete do Ministro da Saúde, de 16 de abril de 2002. Aprova a readequação das orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2002b.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 1.695 - Gabinete do Ministro da Saúde, de 25 de setembro de 2002. Aprova as orientações, normas, regulamento e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, 2002c.

CAMERON, IAN. Increasing recruitment and retention of doctors in rural and remote areas: Australia as a case study. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde** - Seminário Internacional. Brasília: Ministério da Saúde, p. 45-52, 2002.

CAMPOS, F. E. de. Educação médica e prática médica. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, n. 1, p. 169-178, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Os Médicos e a Política de Saúde:** entre a estatização e o empresariamento - A defesa da prática liberal da Medicina. São Paulo: Hucitec, 1988a.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma - repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, F. E. de; AGUIAR, R. A. T. de. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.) **Recursos humanos em saúde:** política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, 2002, p. 91-99.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CARTER, R. G. The relation between personal characteristics of physicians and practice location in Manitoba. **Canadian Medical Association Journal**, v. 136, p. 366-368, 1987.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **O Médico e o seu Trabalho**. Coordenação de Mauro Brandão Carneiro e Valdiney Veloso Gouveia. Brasília: CFM, 2004.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

CONFREY, E.A. Aspectos políticos de la planificación de recursos humanos para la salud. **Educación Médica y Salud**. v. 7, n. 3, p. 285-304, 1973.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. **A dimensão atual do Projeto Rondon**. Brasília: MEC/DDD, 1979.

COOPER, J. K; HEALD, K.; SAMUELS, M. Affecting the supply of rural physicians. **American Journal of Public Health**, p. 756-759, may 1977.

CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas:** as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO, H. A. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, p. 36-43, 21 dez 2000.

CORDEIRO, H. A. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, nº 1), p. 87-120, 2001.

CORNETTA, V. K.; MAIA, C da C. A.; COSTA, W. da G. A reorganização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde e a formação de recursos humanos. **Saúde em Debate**, n. 51, p. 44-49, jun. 1996.

CULLISON, S.; REID, C.; COLWILL, J. M. Medical School Admissions, Specialty Selection, and Distribution of Physicians. **JAMA**, v. 35, n. 2, p. 502-505, feb. 1976.

CUNHA, E. da P.; CUNHA, E. S. M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M. et al. (Org.). **Políticas Públicas**. Belo Horizonte:UFMG, 2003. p. 11-25.

CURRAN, V.; ROURKE, J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. **Medical Teacher**, v. 26, n. 3, p. 265-272, 2004.

DAL POZ, M. R. **Entre o prescrito e o realizado**: estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1996.

DAL POZ, M. R.; VARELLA, T. C. Estudo de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. In: OPAS. **Recursos Humanos em Saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1995. p.75-106.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 71-104.

DHALLA, I.A.; KWONG, J.C.; STREINER, D.L. et al. Characteristics of first-year students in Canadian medical schools. **CMAJ**, v. 166 n. 8, p. 1029-1035, 2002.

DOESCHER, M.; ELLSBURY, K.; HART, L. The distribution of rural female generalist physicians in the United States. **Journal of Rural Health**, v. 16, n. 2, p. 111-118, 2000.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DUBABIN, J. S.; LEVITT, L. Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. **Rural and Remote Health**, v. 3 (online), n. 212, 2003. Disponível em: <http://rrh.deakin.edu.au>.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M. C. Not enough there, too many there: understanding geographical imbalances in distribution of the health workforce. **Human Resources for Health**, v. 4, n. 12, p. 1-16, 2006.

EDLER, F. **As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854/1884)**. 1992. Dissertação (Mestrado em História) - FFCL/USP, São Paulo, 1992.

- FEIN, R. Studies on physician supply and distribution. **American Journal of Public Health**, p. 615-624, may 1954.
- FELIPE, J. S. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 3, p. 483-504, out./dez. 1987.
- FERREIRA, J. R. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. **Educ. Méd. Salud**, v. 17, n. 1, p. 54-67, 1983.
- FERREIRA, J. R. Integración docente-asistencial y atención primaria de salud. **Educ. Méd. Salud**, v. 20, n. 4, p. 458-465, 1986.
- FERREIRA, J. R. Introducción. In: HERRERA, G.; CORRAL, V. DEL (eds.). **Servicio Social y Comunitario en el Entrenamiento Médico y la Práctica Profesional**. Sesiones de la Conferencia en Washington, D.C. - marzo 24-27, 1993. New York: Fundación Josiah Macy, Jr., 1995. p. 13-14.
- FERREIRA, J. R. O médico do século XXI. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: IMIP, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, nº 1), 2001. p. 27-48.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.
- FEUERWERKER, L. C. M. Formação do profissional de saúde: desafios e perspectivas. **Bol. ABEM**, v. 28, p. 14-26, 2000.
- FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 57, p. 39-54, jan./abr. 2001.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 2002.
- GADELHA, P. E. V. **Assistência médica no Rio de Janeiro (1920/1937): reformas institucionais e transformação da prática médica**. 1982. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 1982.
- GARCIA, J. C. La educación médica en la America Latina. **Publicación Científica OPAS/OMS**, n. 255, 1972.
- GEIN/PIASS - GRUPO EXECUTIVO INTERMINISTERIAL/PIASS. PIASS - Informações Básicas. (mimeo), 1977.
- GENTILE DE MELLO, C. A formação do médico generalista e a medicina previdenciária. Seminário sobre a Formação do Médico Generalista. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, supl. 1, p. 67-80, 1978.
- GILMORE, A. Distributing physicians. **Can. Med Assn. J.**, v. 133, p. 689-694, 1985.
- GIRARDI, S. N. O perfil do “emprego” em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, p. 423-439, 1986.
- GIRARDI, S. N. A situação atual dos recursos humanos em saúde no Brasil (sinais do mercado de trabalho e aspectos de sua regulação nos anos 90). **Relatório final de pesquisa**, 1995.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 221-256.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1979.

GOULART, F. A. de A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2002

HADDAD, J. Política nacional de recursos humanos para la salud: Elementos que la integran y propuesta metodológica para su formulación. PASCAP/OMS (Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centro América y Panamá), 1983.

HEAD, R. E.; HARRIS, D. L. Characteristics of medical school applicants: implications for rural health care. **Family Medicine**, v. 21, p. 187-190, 1989.

HERRERA, G.; CORRAL, V. DEL (eds.). **Servicio Social y Comunitario en el Entrenamiento Médico y la Práctica Profesional**. Sesiones de la Conferencia en Washington, D.C. - marzo 24-27, 1993. New York: Fundación Josiah Macy, Jr, 1995.

HOLMES, J. E.; MILLER, D. A. Factors affecting decisions on practice locations. **Journal of Medical Education**, v. 61, p. 721-726, September 1986.

HUTTEN-CZAPSKI, P.; THURBER, A. D. Who makes Canada's rural doctors? **Canadian Journal of Rural Medicine**, v. 7, n. 2, p. 95-99, 2002.

IBGE. **Pesquisa Assistência Médico-Sanitária**, 1999.

JACKSON, W.D.; JACKSON, D. J. The Western Australia Centre for Remote and Rural Medicine. **Medical Journal of Australia**, v. 155, p. 144-146, 1991.

JOHNSON, S.E., BAEUMLER, W. L.; CARTER, R. E. The family physician: A comparative study of Minnesota and Wisconsin family physicians practicing in rural and urban communities. **Minn Med.**, v. 56, p. 713-718, 1973.

KAMIEN, M.; BUTTFIELD. Some solutions to the shortage of general practioners in rural Australia. Part 2: Undergraduate education. **Medical Journal of Australia**, v. 153, p. 107-108, 1990.

KASSEBAUM, D. G.; SZENAS, P. L. Rural sources of medical students and graduates'choice of rural practice. **Academic Medicine**, v. 68, p. 232-236, 1993.

KAZANJIAN, A.; PAGLICCIA, N. Key factors in physicians' choice of practice location: findings from a survey of practitioners and their spouses. **Health and Place**, v. 2, n. 1, p. 27-34, 1996.

KRISTIANSEN, I. S.; FØRDE, O. H. Medical specialists' choice of location: the role of geographical attachment in Norway. **Social Science & Medicine**, v. 34, n. 1, p. 57-62, 1992.

LAMPERT, J.B. Currículo de graduação e contexto da formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 1, p. 7-19, 2001.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2002.

LAVINAS, L.; CARLEIAL, L. M. F.; NABUCO, M. R. **Integração, região e regionalismo**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1994.

LEITE, G. L. **Uma descrição da reforma do aparelho do Estado e suas implicações nas políticas de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 1999.

LEONARDSON, G.; LAPIERRE, R.; HOLLINGSWORTH, D. Factors predictive of physician location. **Journal of Medical Education**, v. 60, p. 37-43, January 1985.

LUBAMBO, C.W. Reforma do Estado e capacidade de gestão pública nos municípios nordestinos. Recife:FUNDAJ, 1998 (mimeo). Trabalho apresentado no Seminário "A Reforma da Administração Pública no Brasil: possibilidades e obstáculos".

LUNA, R. Reorientación de la Educación Médica. **Educación Médica y Salud**, v. 20, n. 4, p. 466-472, 1986.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira (1850/1930)**. Rio de Janeiro:Graal, 1982.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H.(Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1995. p. 13- 33.

MACHADO, M. H. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão**. 1996a. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas e Estudos do Rio de Janeiro (IUPERJ), Rio de Janeiro, 1996a.

MACHADO, M. H. As profissões e o SUS - arenas conflitivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, p. 44-47, 1996b.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MACHADO, M. H. (Coord.). Mercado de trabalho em saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Organizado por André Falcão et al. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MACIEL FILHO, R. **Community participation in Brazilian health system: a case study on the role of health council in Pernambuco state – 1995/1996**. 1997. (Master Dissertation). Leeds, Nuffield Institute for Health/University of Leeds, 1997.

MACIEL FILHO, R. Apresentação. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife:IMIP, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, nº 1), 2001a.

MACIEL FILHO, R. Formação médica: uma questão de todos. **Jornal do CFM**, ano XVI, v. 126, n. 24 fev. 2001b.

MACIEL FILHO, R.; ARAÚJO JR., J. L. C. de. Discussing community participation in health: an approach from the Brazilian experience. **Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 2, p. 91-103, maio/ago. 2002.

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C.R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde**

no Brasil: estudos e análises. Organizado por André Falcão et al. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2004. p. 139-159.

MAIER, G.; WEISS, P. The discrete choice approach to migration modeling. In: STILLWELL, J.; CONGDON, P. (ed.). **Migration models:** macro and micro approaches. Belhaven Press, 1991.

MARTINS, H. H. T de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MEDICI, A. C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. **Revista de Administração Pública**, v. 19, n. 2, p. 54-69, 1985.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, p. 409-422, 1986.

MEDICI, A. C. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. **Cadernos RH Saúde**, v. 1, n. 3, p. 41-46, 1993.

MEDICI, A. C; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P. et al. El mercado de trabajo en salud: aspectos teoricos, conceptuales y metodologicos. **Educación Medica y Salud**, v. 25, n. 1, p. 1-14, 1991.

MEDICI, A. C; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário, o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 19-91.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: Mendes, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-75.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de; CONSTANTINO, P. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de; SOUZA E. R. de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 71-104.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **O Projeto Rondon**. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1972. Coleção Brasil Hoje, n. 9.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Estudo sobre a formação e Utilização de Recursos Humanos na Área da Saúde**. Brasília, 1976.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 5ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Geral. **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS**, 1981. Relatório de Situação.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Descentralização das ações e serviços de saúde**: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: MS/SUS, 1993a .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Cadernos RH Saúde**, v. 1, n. 1, 1993b

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS). Brasília, novembro, 1993c (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assessoria de Comunicação Social. Programa de Interiorização levará serviços de saúde a dois milhões de brasileiros. Brasília, novembro, 1993d (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família**: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde** – concepção, seleção e lotação de equipes. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. **Relatório de Gestão 2001-2002**. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2002c (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde para o SUS**: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tópicos da Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde. **Seminário Internacional sobre Política de Recursos Humanos em Saúde**, 4 a 7 de novembro de 2002, Brasília, 2002e (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

NAVARRO, V. El subdesarrollo de la Salud o la Salud del subdesarrollo: un análisis de la distribución de los recursos humanos para la Salud en América Latina. In: NAVARRO, V. (comp.). **Salud e imperialismo**. Mexico: Siglo Veintiuno, 1983. p. 19-52.

NEWHOUSE, J. P.; WILLIAMS, A. P.; BERNETT, B. W. et al. Does the geographical distribution of physicians reflect market failure? **Bell Journal of Economics**, v. 13, p. 493-506, 1982.

NOCERA, S.; WANZENRIED, G. On the dynamics of physician density theory and empirical evidence for Switzerland. **University of Bern Working Paper**. June, 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Medicina interna e cirurgia**: a formação social da prática médica. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Rio de Janeiro, 1977.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 17, n. 3, p. 61-70, jul./set., 1983.

NOGUEIRA, R. P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: NUNES, Everardo D.; GARCÍA, Juan César. **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985a.

NOGUEIRA, R. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. **Educación Médica y Salud**, v. 19, n 1, p. 25-47, 1985b.

NOGUEIRA, R. P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983. Brasília: OPS, 1986a. **Monografias do GAP**, 1.

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. **Educación Médica y Salud**, v. 20, n. 4, p. 524-532, 1986b.

NOGUEIRA, R. P. Recursos Humanos en Salud de las Américas. **Educación Médica y Salud**, v. 20, n. 3, p. 295-322, 1986b.

NOGUEIRA, R. P.; BRITO, P. Recursos humanos en Salud de las Américas. **Educación Médica y Salud**, v. 20, n 3, p. 295-322, 1986.

OLIVEIRA, E. dos S.; MOYSÉS, N. M. N. Comentando os dados referentes à capacidade instalada, força de trabalho e emprego de saúde. **Saúde em Debate**, v. 24, n. 56, p. 35-43, set./dez 2000.

OMS Estudios sobre personal de salud. **Serie de Informes Técnicos 481**, 1971.

OPAS. Recursos humanos en Salud: medicos, dentistas y enfermeras en las Americas, 1972. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, p. 159-165, agosto, 1975.

OPAS. Enseñanza de la medicina preventiva y social: 20 años de experiencia latinoamericana. Washington, D.C., **Publicación Científica**, v. 324, 1976.

OPAS/OMS. **El Servicio Social de Medicina en América Latina** - Situación Actual y Perspectivas. Informe de un Taller Regional, Washington, D.C. 9-11 de Abril de 1997, 1998.

PACHECO, C. A.; PATARRA, N. L. Movimentos migratórios anos 80: novos padrões. In: PATARRA, N. L. (Org.). **Migração, condições de vida e dinâmica urbana**. Campinas: Unicamp, 1997. p. 25-52.

PADILHA, R. de C.; FEUERWERKER, L. C. M. As políticas públicas e a formação de médicos (Editorial). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n 1, p. 3-4, jan./abr. 2002.

PAGE, J.; ALLISON, M.; ANDRADE, S. et al. Factors influencing medical interns trained at U.W.I. to work subsequently in a rural area in Jamaica. **W. I. Med. J.**, v. 41, p. 75-78, 1992.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. AdSAÚDE – Série Temática n. 1.

- PATARRA, N. L. (Org.). **Migração, condições de vida e dinâmica urbana**. Campinas: Unicamp, 1997.
- PATHMAN, D.E.; KONRAD, T.R.; RICKETTS III, T.C. The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. **JAMA**, v. 268, n. 12, p. 1552-1558, 1992.
- PEREIRA, A. P. P. **Concepções e propostas de políticas sociais em curso: tendências, perspectivas e conseqüências**. Brasília: NEPPPOS/CEAM/UnB, 1994.
- PEREIRA-NETO, A. de F. (1995). A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 4, p. 600-615, out./dez. 1995.
- PIERANTONI, C. R. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Rio de Janeiro, 2000.
- PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2003. p. 279-292.
- PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profesionales de salud: una formación cuestionada. **Educación Médica y Salud**, v. 28, n. 2, 199-210, 1994.
- PINTO, L. F. **Médicos e migração: a residência em foco**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1999.
- PINTO, L. F. A profissão médica e os fenômenos migratórios no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 24, n. 56, p. 44-56, set./dez. 2000.
- PÓVOA, L.; ANDRADE, M. V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1555-1564, ago. 2006.
- QUADRA, A. A. F.; AMANCIO, A. (1984). O planejamento e a formação de recursos humanos para a saúde. In: Guimarães, R. (Org.). **Saúde e Medicina no Brasil**. Rio de Janeiro:Graal, 1984 (Biblioteca de Saúde e Sociedade: v. 3), 4. ed., p. 241-258.
- RABINOWITZ, H. K. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. **The New England Journal of Medicine**, 1, v. 328, n. 13, p. 934-939, abril 1993.
- RABINOWITZ, H. K.; DIAMOND, J. J.; MARHAM, F. W. et al. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: Impact after 22 years. **JAMA**, v. 281, n. 3, p. 255-260, January 20, 1999.
- RABINOWITZ, H. K.; DIAMOND, J. J.; MARHAM, F. W. et al. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. **JAMA**, v. 286, n. 9, p. 1041-1048, September 5, 2001.
- REGO, S. A. **A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão**. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Rio de Janeiro, 1994.
- REGO, S. A. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2005. 1ª reimpressão.

RIMLINGER, G. V.; STEELE, H. B. (1963). An economic interpretation of the spatial distribution of the physicians in the U. S. **Southern Economic Journal**, v. 30, n. 1, p. 1-12, July 1963.

RODRIGUES, M. C. (s.d.). **Bastidores do Projeto Rondon (1967-1989)**. Disponível em: http://www.ufrgs.br/projetorondon/framepage_historico.htm. Acesso em: 25 de novembro de 2005.

RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, p. 66-74, agosto 1996.

ROSAS, E. J. **A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS - análise de uma experiência**. 1981. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 1981.

ROSENBLATT, R.; WHITCOMB, M.; CULLEN, T. et al. Which medical schools produce rural physicians. **JAMA**, v. 268, n.12, p. 1559-1565, 1992.

ROSKO, M. D.; BROYLES, R. W. The geographic distributions of physicians: choice of location. IN: **The Economics of Health Care: a Reference Handbook**. Greenwood Press, 1988.

ROURKE, J. Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. **JAMC**, v. 172, n. 1, p. 62-65, 2005.

SALIM, R. A. A. D. **Força de trabalho em saúde: o emprego em saúde como expressão das políticas de reforma na organização social dos serviços**. 1992. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Departamento de Medicina Preventiva/ Universidade Federal da Bahia (DMP/UFBA), Salvador, 1992.

SANTOS, N. R. dos. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife:IMIP, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, nº 1), 2001. p. 141-151.

SANTOS, J. L. F.; LEVY, M. S. F.; SZMRECSÁNYI (Org.). **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.

SANTOS NETO, P. M. dos. **O processo de profissionalização médica em Pernambuco: um estudo sobre a categoria médica pernambucana, sua organização, seus interesses**. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro.

SAYD, J. D.; VIEIRA JR., L.; VELANDIA, I. C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 165-195, 1998.

SCHEFFLER, R. M. The relationship between medical education and the statewide per capita distribution of physicians. **Journal of Medical Education**, v. 46, p. 955-998, November, 1971.

SCHRAIBER, L. B. **Contribuição ao estudo da educação médica**. 1980. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1980.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educación Medica y Salud**, v. 27, p. 295-313, 1993.

SCHWARTZ, W. B.; NEWHOUSE, J. P.; BERNETT, B. W. et al. **The changing geographic distribution of board-certified physicians: facts, theory and implications.** Santa Monica, C. A.: The Rand Corporation, 1980.

SCORZELLI JUNIOR, A. [1967]. O profissional de saúde de que o Brasil necessita. **Cadernos RH Saúde - A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde: 1941-1992**, v. 1, n. 1, p. 31-36, 1993.

SEIXAS, P. H.D.; STELLA, R. C. de R. Médicos e mercado de trabalho: experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Unicamp, 2002. p. 345-371.

SILVA, L. A. S. R. da. A educação médica e a Reforma Sanitária. **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

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

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. do R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Unicamp, 2002. p. 275-285.

SINGER, P. I. **Migrações internas: considerações sobre seu estudo.** São Paulo: Brasiliense/CEBRAP, 1972.

SONIS, A. Bases para la formulación de una política de recursos humanos a nivel nacional. **Educación Medica y Salud**, v. 7, n. 3/4, p. 265-284, 1973.

SOUZA, H. M. Reforma da Reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n. 4, p. 2-3, jan. 2002.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. H. R. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Unicamp, 2002. p. 9-32.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA E. R. de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 133-156.

ST/GEIN/PIASS - SECRETARIA TÉCNICA/GRUPO EXECUTIVO INTERMINISTERIAL. **PIASS - O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, suas metas, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE).** Brasília: ST/GEIN/PIASS, 1980.

STELLA, R. C. de R. Desafios e estratégias para Interiorização do Trabalho em Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 74-84.

STOECKER, R. Evaluating and rethinking the case study. **The Sociological Review**, v. 39, p. 88-112, 1991.

SZAFRAN, O.; CRUTCHER, R. A.; CHAYTORS, R.G. (2001). Location of family medicine graduates' practices. *Canadian Family Physician*. Vol. 47, November, 2279-2285.

TEIXEIRA, C. F. de S. **Educação e Saúde**: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde no Brasil. 1982. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

TRONCOSO, M. DEL C.; BELMARTINO, S.; BLOCH, C. et al. El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina. **Educación Médica y Salud**, v. 20, n. 4, p. 535-558, 1986.

UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP). Avaliação da implementação do PAB. Relatório final de pesquisa, 2000.

VANESLOW, N.A. Medical education and rural health crisis: a personal perspective from experiences in five states. **Academic Medicine**, v. 65, suppl.3, p. S27-S31, 1990.

VEDUNG, E. **Evaluación de Políticas Públicas y Programas**. Madrid:Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1997.

VIANA, A. L.D.; DAL POZ, M. R. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Informe Final. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, n. 166, 1998.

VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. **Educación Médica y Salud**, v. 18, n. 1, p. 9-33, 1984.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; MACHADO, M. H. et al. (Org.). **Trabalhadores de Saúde em números**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1998.

VIEIRA, A. L. S.; GARCIA, A. C. P.; AMÂNCIO FILHO, A. et al. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BARROS, A. F. do R. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília:Ministério da Saúde, 2004, vol. 2, p. 183-202,

WATSON, C. J. The relationship between physician practice location and medical school area: an empirical model. **Social Science & Medicine**, v. 14D, p. 63-69, 1980.

WIBULPOLPRASERT, S. Inequitable distribution of doctors: can it be solved?. **Human Resources Development Journal**, v. 3, n. 1, p. 2-22, 1999.

WIBULPOLPRASERT. Integrated strategies to tackle inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experiences. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 52-73. (Publicado originalmente, no mesmo ano, em *Human Resources for Health*, v. 1, n. 12).

WILLIAMS, A. P.; SCHWARTZ, W. B.; NEWHOUSE, J. P. et al. How many miles to the doctor? **New England Journal of Medicine**, v. 309, n. 16, p. 958-963, 1983.

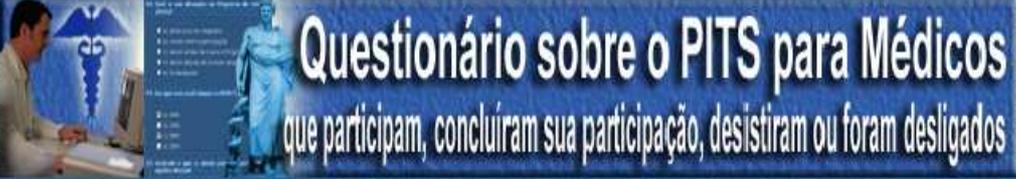
YETT, D.E.; SLOAN, F.A. Migration Patterns of Recent Medical School Graduates. **Inquiry**, v. 11, p. 125-142, June 1974.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZURN, P.; DAL POZ, M.; STILWELL, B. et al. **Imbalances in the health workforce**. Briefing Paper, March, WHO, 2002.

ANEXOS

ANEXO I. Questionário para os médicos (Versão A)



XXXX

01- Qual a sua faixa etária?

- a) menos de 25 anos
- b) 25 a 30 anos
- c) 31 a 35 anos
- d) 36 a 40 anos
- e) 41 a 45 anos
- f) 46 a 50 anos
- g) mais de 50 anos

02- Qual a sua naturalidade?

03- Qual a sua situação no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)?

- a) ainda atuo no Programa
- b) concluí minha participação
- c) desisti durante o processo seletivo
- d) desisti antes de ir para o município de atuação
- e) desisti depois de já estar atuando no Programa
- f) fui desligado

04- Em que ano você se inscreveu no PITS? É possível marcar mais de uma opção.

- a) 2001
- b) 2002
- c) 2003
- d) 2004

05- Assinale o que o atraiu para se inscrever no Programa, marcando quantas opções desejar.

- a) a necessidade de emprego (estava desempregado)
- b) a remuneração
- c) o curso de especialização
- d) a tutoria
- e) a garantia de moradia e transporte gratuitos
- f) ser um Programa do Ministério da Saúde
- g) funcionar nos moldes do Programa de Saúde da Família
- h) a experiência de conhecer outras áreas do país
- i) atuar profissionalmente com comunidades carentes

06- Em que Unidade da Federação você atuou por mais tempo no PITS?

07- Ao se mudar para o município em que atuou você levou cônjuge, companheiro (a) ou familiares para viver com você?

- a) sim e eles permaneceram comigo até a minha volta
- b) sim, mas eles não permaneceram comigo até a minha volta
- c) não, porque não quis levá-los comigo
- d) não, porque eles não quiseram ir
- e) não, porque era inviável economicamente
- f) não, porque eu não tinha cônjuge e/ou familiares

08- Assinale o que considerou satisfatório no Programa, marcando quantas opções desejar:

- a) a oportunidade de ingressar no mercado de trabalho
- b) a remuneração
- c) o curso de especialização
- d) a tutoria
- e) a moradia
- f) o transporte
- g) as condições de trabalho
- h) o acesso à Internet
- i) a coordenação do Ministério da Saúde
- j) a coordenação estadual
- k) a atuação da Secretaria Municipal de Saúde
- l) o funcionamento nos moldes do Programa de Saúde da Família
- m) a experiência de conhecer outras áreas do país
- n) a atuação profissional junto às comunidades carentes
- o) a convivência e relacionamento com os demais profissionais do Programa

09- O que você acha mais adequado para os rumos futuros do PITS:

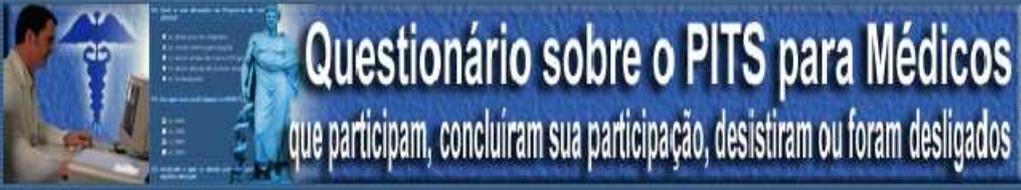
- a) sua manutenção no formato atual, com aperfeiçoamentos constantes
- b) sua transformação em serviço civil obrigatório, destinado a recém-formados, com remuneração
- c) sua extinção

10- Como você avalia a experiência de ter participado do Programa para sua vida profissional e pessoal?

- a) foi positiva em termos profissionais, mas negativa para minha vida pessoal
- b) foi negativa em termos profissionais, mas positiva para minha vida pessoal
- c) foi positiva tanto em termos profissionais quanto para minha vida pessoal
- d) foi negativa tanto em termos profissionais quanto para minha vida pessoal
- e) não sei avaliar

Envia Questionário

ANEXO 2. Questionário para os médicos (Versão B)



XXXX

01- Qual a sua faixa etária?

- a) menos de 25 anos
- b) 25 a 30 anos
- c) 31 a 35 anos
- d) 36 a 40 anos
- e) 41 a 45 anos
- f) 46 a 50 anos
- g) mais de 50 anos

02- Qual a sua naturalidade?

03- Qual a sua situação no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)?

- a) ainda atuo no Programa
- b) concluí minha participação
- c) desisti durante o processo seletivo
- d) desisti antes de ir para o município de atuação
- e) desisti depois de já estar atuando no Programa
- f) fui desligado

04- Em que ano você se inscreveu no PITS? É possível marcar mais de uma opção.

- a) 2001
- b) 2002
- c) 2003
- d) 2004

05- Assinale o que o atraiu para se inscrever no Programa, marcando quantas opções desejar.

- a) a necessidade de emprego (estava desempregado)
- b) a remuneração
- c) o curso de especialização
- d) a tutoria
- e) a garantia de moradia e transporte gratuitos
- f) ser um Programa do Ministério da Saúde
- g) funcionar nos moldes do Programa de Saúde da Família
- h) a experiência de conhecer outras áreas do país
- i) atuar profissionalmente com comunidades carentes

06-Que Unidade da Federação você escolheu para atuar no PITS?

07- Assinale os fatores que o levaram a desistir do Programa antes de seu início, marcando quantas opções desejar

- a) motivos pessoais ou familiares
- b) outra oportunidade profissional
- c) receio de não me adaptar à mudança
- d) não ter obtido classificação para atuar no município ou Unidade da Federação desejados
- e) falhas na organização do Programa, levando ao descrédito

Envia Questionário

ANEXO 3. Mensagem enviada aos médicos

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) está sendo objeto de estudo de uma tese de doutorado e, a pedido do autor do trabalho, o Ministério da Saúde está encaminhando aos médicos que participaram do PITS a seguinte mensagem:

Meu nome é Romulo Maciel Filho, sou pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e estou desenvolvendo, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), uma tese de doutorado sobre a má distribuição de médicos no Brasil. Na tese abordo, como estudo de caso, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e para tanto considero fundamental conhecer a percepção que os médicos que participaram do PITS, inclusive os que desistiram ou foram desligados, possuem sobre o Programa. Assim, solicito a sua colaboração para responder a um questionário de múltipla escolha, com 10 perguntas, que não contém variáveis de identificação pessoal. Para respondê-lo, basta clicar no endereço <http://www.cpqam.fiocruz/questionarioPITS>, que será aberto um formulário *web*, com as questões a serem respondidas, que ficará disponível no período de 26 de julho a 31 de agosto. Ao finalizar o preenchimento, clique na opção "enviar". Dessa forma, será preservada a sua privacidade, de forma que eu não tenha acesso ao seu endereço de e-mail, nem ao enviar nem ao receber o questionário.

Agradeço muito a sua colaboração e dela dependerá a análise dos acertos e erros do PITS, de maneira que possamos todas contribuir para o aperfeiçoamento de iniciativas que minimizem a carência de médicos nas regiões mais desfavorecidas do país.

Atenciosamente,

Romulo Maciel Filho
tese@cpqam.fiocruz.br

ANEXO 4. Roteiro temático das entrevistas

1. Formulação do PITS

- ⇒ o que gerou a decisão política;
- ⇒ atores envolvidos;
- ⇒ processo de negociação entre os diferentes atores e dentro do próprio Ministério.

2. Operacionalização do Programa

- ⇒ estrutura de coordenação
- ⇒ inserção do projeto no Ministério
- ⇒ mecanismos de avaliação
- ⇒ aspectos políticos

3. Análise do Programa

- ⇒ como estratégia para o enfrentamento da má distribuição e fixação de médicos
- ⇒ perspectivas e alternativas para o enfrentamento do problema

ANEXO 5. Lista dos entrevistados

NOME	FORMAÇÃO E ATUAÇÃO
1. Claudio Duarte da Fonseca	Médico, Secretário de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2002.
2. Maria Luiza Jaegger	Socióloga, Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2005.
3. Fernando Cupertino de Barros	Médico, presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), no período de 2000 a 2003.
4. Francisco Eduardo Campos	Médico, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no período de 2005 a 2006.
5. Luiz Odorico Monteiro de Andrade	Médico, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no período de 2003 a 2005.

ANEXO 6. Tela do *site* de busca Google com acesso para o Fórum do PITS

[Efetuar login](#)

Google Web Imagens Grupos Notícias **mais »**

pits [Pesquisa avançada](#)
[Preferências](#)

Pesquisar: a web páginas em português páginas do Brasil

Web Resultados 1 - 10 de aproximadamente 55.000 para pits (0,08 segundos)

[Governo do RN](#)
 Os municípios escolhidos para instalar o PITS devem observar os critérios ... No Rio Grande do Norte, o PITS iniciou suas atividades pelos municípios de ...
[www.assecom.m.gov.br/notAnt.asp?idnoticia=272](#) - 14k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
[forum.datasus.gov.br](#) :: Exibir tópico - CERTIFICADO DE ...
 EU, ISRAEL ALMEIDA FERNANDES, NÃO RECEBI O CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA, SOU ENFERMEIRO DO PITS 2, ESTAVA NO MUNICÍPIO DE SENADOR JOSÉ ...
[forum.datasus.gov.br/viewtopic.php?p=3835&sid=7def0dbcfbad82571730a1ce5f824adc](#) - 48k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
[Pit Bull Terrier](#) - O Portal mais completo sobre a raça
 Portal do American Pit Bull Terrier - Aqui vc encontrará informações sobre a raça. Fotos de Pit Bull, sua origem, cuidados, alimentação, saúde, treinamento, ...
[www.pitbull.com.br/](#) - 89k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
[Regulamento](#)
 Art. 2º O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS foi ... Um dos benefícios do PITS será o Curso de Especialização em Saúde da Família, ...
[www.reitoria.ufpb.br/~sods/consepe/resolu/2001/Rsep352001.htm](#) - 68k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
[Central esclarece dúvidas de médicos do interior](#) - Saúde Paulista ...
 Regina Stella, coordenadora do Pits, diz que os médicos ajudarão a organizar o ... Os médicos do Pits contam com uma estrutura que já existe no Hospital São ...
[www.hsp.epm.br/comunicacao/sp/ed03/reports3.htm](#) - 13k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
[Snake Pits letras](#) - Letras de Músicas
 Snake Pits letras de músicas - letra de música - letra da música - letras e cifras - letras ...
 Letras de Snake Pits. Snake Pits - Snow Joke. letras acima ...
[snake-pits.letras.terra.com.br/](#) - 20k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
 ... [www.hanna-pitbull.com.br](#) ...
 Padreadores · Galeria de Fotos · Fotos Hana & Red · Alimentação · Adestramento · OFRN
 Outros Pits Principal · Página Inicial.
[www.hanna-pitbull.com.br/FT_Outros.htm](#) - 8k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
[InForum - Mensagem: Vende se pits](#)
 TK - O MAIOR E MELHOR SITE SOBRE AMERICAN PIT BULL TERRIER DO BRASIL! ...
 vendo pit bulls com 1 mes...zona de cascais 100€ mto bonitos mando foto por tlm ...
[inforum.insite.com.br/forum-floripa-pit-bull/1908832.html](#) - 8k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
 InForum - Mensagem: Re: Vende se pits
 Comunidade de comunidades com foruns sobre cultura, jogos, educação, ciência, religião, e muito mais.
[inforum.insite.com.br/forum-floripa-pit-bull/2835726.html](#) - 16k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)
[Estudo de níveis profundos em semicondutores por transiente de ...](#)
 Apresentamos espectros PITS de GaAs semi-isolante em diferentes configurações de polarização, iluminação e condições de superfície. ...
[webbif.ifi.unicamp.br/teses/apresentacao.php?filename=IF760](#) - 8k - [Em cache](#) - [Páginas Semelhantes](#)

Gooooooooooogle ▶

Página de resultados: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 [Mais](#)

Grátis! Use a barra de ferramentas do Google. [Faça o download agora](#) - [Sobre a Barra de ferramentas](#)

Google OK Favoritos 9 bloqueado Verificar

pits

[Pesquisar nos resultados](#) | [Ferramentas de idiomas](#) | [Dicas de pesquisa](#)

[Página Inicial do Google](#) - [Soluções de publicidade](#) - [Tudo sobre o Google](#)
 ©2006 Google

ANEXO 7. Municípios contemplados pelo PITS, no período de junho/01 a junho/03, por Região e Unidade da Federação

Região	Unidade da Federação	Municípios
NORTE	AC	1. Acrelândia
		2. Assis Brasil
		3. Brasiléia
		4. Bujari
		5. Capixaba
		6. Jordão
		7. Mâncio Lima
		8. Manoel Urbano
		9. Marechal Thaumaturgo
		10. Plácido de Castro
		11. Porto Acre
		12. Porto Walter
		13. Rodrigues Alves
		14. Santa Rosa do Purus
		15. Xapuri
	AM	1. Alvarães
		2. Amaturá
		3. Anamá
		4. Anori
		5. Apuí
		6. Atalaia do Norte
		7. Beruri
		8. Canutama
		9. Envira
		10. Fonte Nova
		11. Humaitá
		12. Ipixuna
		13. Itamarati
		14. Itapiranga
		15. Japurá
		16. Juruá
		17. Jutai
		18. Manicoré
		19. Maraã
		20. Novo Airão
		21. Novo Aripuanã
		22. Pauini
		23. Presidente Figueiredo
		24. Santa Isabel do Rio Negro
25. Santo Antônio do Içá		
26. São Paulo de Olivença		
27. São Sebastião do Uatumã		

NORTE (cont.)	AM (cont.)	28. Tabatinga
		29. Tapauá
		30. Tonantins
		31. Uarini
	AP	1. Amapá
		2. Calçoene
		3. Cutias
		4. Ferreira Gomes
		5. Itaubal
		6. Laranjal do Jari
		7. Mazagão
		8. Oiapoque
		9. Pedra Branca do Amapari
		10. Porto Grande
		11. Pracuúba
		12. Serra do Navio
		13. Tartarugalzinho
		14. Vitória do Jari
	PA	1. Afuá
		2. Anajás
		3. Anapu
		4. Aurora do Pará
		5. Bagre
		6. Bom Jesus do Tocantins
		7. Bonito
		8. Brejo Grande do Araguaia
		9. Cachoeira do Piriá
		10. Chaves
		11. Colares
		12. Cumarú do Norte
13. Ipixuna do Pará		
14. Magalhães Barata		
15. Melgaço		
16. Nova Ipixuna		
17. Nova Timboteua		
18. Ourém		
19. Pacajá		
20. Palestina do Pará		
21. Piçarra		
22. Ponta de Pedras		
23. Portel		
24. Primavera		
25. Quatipuru		
26. Salvaterra		
27. Santa Luzia do Pará		
28. Santa Maria das Barreiras		
29. São Caetano de Odivelas		

NORTE (cont.)	PA (cont.)	30. São Domingos do Capim
		31. São João da Ponta
		32. São João do Araguaia
		33. Senador José Porfírio
		34. Terra Santa
		35. Trairão
	RO	36. Vitória do Xingu
		1. Alto Paraíso
		2. Cacaulândia
		3. Campo Novo de Rondônia
		4. Cujubim
		5. Governador Jorge Teixeira
		6. Theobroma
7. Vale do Anari		
8. Vale do Paraíso		
RR	1. Amajari	
	2. Bonfim	
	3. Caracaraí	
	4. Normandia	
	5. São Luiz	
	6. Uiramutã	
TO	1. Ananás	
	2. Axixá do Tocantins	
	3. Carrasco Bonito	
	4. Darcinópolis	
	5. Esperantina	
	6. Itaguatins	
	7. Luzinópolis	
	8. Palmeiras do Tocantins	
	9. Praia Norte	
	10. Santa Terezinha do Tocantins	
	11. São Bento do Tocantins	
	12. São Miguel do Tocantins	
	13. Sítio Novo do Tocantins	
NORDESTE	AL	1. Taquarana
	BA	1. Acajutiba
		2. Adustina
		3. Andorinha
		4. Aramari
		5. Banzaê
		6. Biringanga
		7. Cansanção
		8. Chorrochó
		9. Fátima
		10. Heliópolis
		11. Ibititá

NORDESTE (cont.)	BA (cont.)	12. Nordestina
		13. Novo Triunfo
		14. Ourolândia
		15. Piritiba
		16. Ribeira do Amparo
		17. Serrolândia
		CE
	2. Alto Santo	
	3. Ararendá	
	4. Aurora	
	5. Cariré	
	6. Coreaú	
	7. Ererê	
	8. Frecheirinha	
	9. Hidrolândia	
	10. Ipaumirim	
	11. Miraíma	
	12. Morrinhos	
	13. Senador Sá	
	MA	1. Afonso Cunha
		2. Água Doce do Maranhão
		3. Alto Alegre do Maranhão
		4. Amapá do Maranhão
		5. Araioses
		6. Boa Vista do Gurupi
		7. Bom Jardim
		8. Bom Jesus das Selvas
		9. Brejo de Areia
		10. Cândido Mendes
		11. Capinzal do Norte
		12. Carutapera
		13. Centro do Guilherme
		14. Centro Novo do Maranhão
		15. Governador Newton Bello
		16. Junco do Maranhão
		17. Lago do Junco
		18. Lago dos Rodrigues
		19. Lagoa do Mato
		20. Lagoa Grande do Maranhão
		21. Luís Domingues
		22. Maracaçumé
		23. Marajá do Sena
		24. Monção
25. Nova Olinda do Maranhão		
26. Paulino Neves		
27. Pedro do Rosário		
28. Peritoró		

NORDESTE (cont.)	MA (cont.)	29. Presidente Médici
		30. Presidente Sarney
		31. Santa Luzia do Paruá
		32. Santa Quitéria do Maranhão
		33. Santana do Maranhão
		34. Santo Amaro do Maranhão
		35. São Bernardo
		36. São João do Carú
		37. São Raimundo do Doca Bezerra
		38. Serrano do Maranhão
		39. Sucupira do Riachão
		40. Tufilândia
		41. Turiaçu
		42. Turilândia
	43. Tutóia	
	PB	1. Cacimba de Dentro
		2. Caiçara
		3. Caldas Brandão
		4. Carrapateira
		5. Casserengue
		6. Coxixola
		7. Curral Velho
		8. Diamante
		9. Juarez Távora
		10. Manaíra
		11. Monte Horebe
		12. Nazarezinho
		13. Olivedos
		14. Santa Inês
		15. São Domingos do Cariri
		16. São José de Princesa
		17. Tavares
	PE	1. Alagoinha
		2. Capoeiras
		3. Carnaíba
		4. Carnaubeira da Penha
		5. Custódia
		6. Iati
		7. Inajá
		8. Itaquitinga
		9. Jataúba
		10. Manari
		11. Paranatama
12. Sairé		
PI	1. Alvorada do Gurguéia	
	2. Barreiras do Piauí	
	3. Capitão Gervásio Oliveira	

NORDESTE (cont.)	PI (cont.)	4. Curral Novo do Piauí	
		5. Guaribas	
		6. Morro Cabeça no Tempo	
		7. Pavussu	
			8. São Miguel da Baixa Grande
	RN	1. Caiçara do Norte	
		2. Caraúbas	
		3. Jandaíra	
		4. Jardim de Angicos	
		5. Paraú	
		6. Passagem	
		7. Pedra Grande	
		8. Pedro Avelino	
9. Porto do Mangue			
10. Triunfo Potiguar			
11. Upanema			
SE	1. Feira Nova		
	2. Itabi		
	3. Monte Alegre de Sergipe		
	4. Nossa Senhora de Lourdes		
CENTRO-OESTE	GO	1. Estrela do Norte	
		2. Flores de Goiás	
		3. Nova Iguaçu de Goiás	
	MS	1. Caracol	
		2. Jateí	
		3. Novo Horizonte do Sul	
	MT	1. Nova Lacerda	
		2. Santa Terezinha	
		3. Vila Bela da Santíssima Trindade	
SUDESTE	MG	1. Alpercata	
		2. Angelândia	
		3. Aricanduva	
		4. Bonito de Minas	
		5. Catuji	
		6. Cônego Marinho	
		7. Curral de Dentro	
		8. Fernandes Tourinho	
		9. Ibiracatu	
		10. Jampruca	
		11. Rubim	
		12. São Geraldo da Piedade	
		13. São José da Safira	
		14. Serranópolis de Minas	

Fonte: Banco de dados do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).