

Editorial

A revista *Tempus Actas* está dando um novo salto, produzindo um número temático com foco em um conteúdo que está contribuindo para revolucionar a formação de médicos no Brasil.

Desde que o Movimento Sanitário conquistou a VIII Conferência Nacional de Saúde, e dela, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que sucessivos governos vem se dedicando a temática de como suprir de médicos as necessidades da população. Hoje, temos pela frente o Programa Mais Médicos, que está se propondo a equacionar de forma racional este problema, tema deste número da revista.

Na década de 1970, foram realizadas algumas experiências isoladas de formação de médico necessário, nas residências de Medicina Comunitária, que se propunham a juntar a nascente saúde coletiva com a boa prática clínica, rompendo a centralidade do modelo biomédico. Os conflitos entre a comunitária (de fato) e a familiar (clínica ampliada) vicejaram, mas o impacto para a população desassistida foi mínimo. Chegamos a ter em torno de 10 residências no Brasil, mas só aderiam os médicos que tinham afinidade ideológica. Fazer Medicina Comunitária era comprometer-se com o povo, e ser caracterizado como contra-hegemonia (havia orgulho em ser contra-hegemônico).

Na década de 80, com o fim da ditadura militar e o início dos anos 90, o Brasil tencionava com o ascendente neo-liberalismo mundial, e a ênfase ideológica começava a arrefecer. Quando aprovamos a Constituição em 1988, pensávamos que as soluções fluiriam a partir da inscrição do SUS em nossa carta. Descobrimos que precisava mais que a democracia formal e o SUS aprovado, para termos os profissionais de saúde próximos da população que os necessitava. Deflagraram-se então inúmeras tentativas de superar o problema.

Nos primeiros anos pós ditadura foram realizados esforços de iniciar a organização do SUS. Só em 1990 são aprovadas as leis orgânicas .

Em 1994, durante o Governo Itamar cria-se o Programa Saúde da Família (PSF), mas é a partir da criação de um conjunto de incentivos financeiro, entre eles o Piso da Atenção Básica (PAB Fixo) e Variável , esta modalidade de ampliação da cobertura das equipes, adicionado ao projeto do Banco Mundial, para expansão nas cidade acima de 100 mil habitantes. Essas, se constituíram estratégias de inverter o modelo medico assistencial nos grandes centros urbanos.

Em 2001 inicia-se uma política mais aguda de ampliação de equipes. Cria-se o incentivo financeiro federal para os municípios. Isso faz com que avance o número de equipes, mas há uma estagnação decorrente da falta de interesse dos recém-formados de especialização nesta área.

Neste mesmo ano nascem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que apregoam a formação

mais ampla e resolutiva além de ampliarem a atuação do médico para muito além da atividade clínica. Em 1997 criam-se os Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para as equipes de Saúde da Família, e as residências multiprofissionais (alvo de um imenso conflito com a categoria médica).

O Promed –incentivo financeiro do MS para as Universidades –, buscava mudança do currículo apontando para três ênfases significativas: a ruptura com a determinação biológica e a substituição pela determinação social do processo saúde-doença; a adoção de uma relação horizontalizada na relação docente-discente; e a formação fora do exclusivo ambiente hospitalar. Os resultados são pífios.

Em 2003 novo governo, novas tentativas. Criam-se os pólos de educação permanente envolvendo gestores e docentes. Assegura-se a prioridade das residências em saúde da família (mais conflitos com a categoria médica). Em 2005 reedita-se o Promed com o nome de Pró-saúde, expandindo o número de faculdades financiadas e os cursos envolvidos (inicialmente enfermagem e odontologia). Conseguem-se enfim a regulamentação das residências multiprofissionais em saúde, mas excluindo a medicina que tem formação exclusiva (Lei 11 629 de 2005). Cria-se ainda o PET-Saúde em 2008, onde indiretamente se constata que a modificação dos currículos e da ênfase em atenção básica, sem a modificação dos professores não permitia avanço.

Em 2011 cria-se o PROVAB, primeira experiência de alocação de médicos em lugares descobertos, em troca de bolsa federal, e incentivo para ingresso nas residências. Expande-se o Provab em 2013 para outras profissões com a lógica de privilegiar equipes e não somente o médico. Constata-se que a categoria médica adere, mas como ponte para as residências em outras áreas, e assim mesmo fazendo sua prática provabiana não muito longe dos grandes centros.

Era necessária uma atuação mais abrangente para mudar. O que fazer? Plano de carreira? (necessário mas emperrado no Congresso há 12 anos) Mais verbas para o SUS? (amplamente necessária, mas não mudaria o modelo). Ênfase no financiamento da atenção básica em detrimento da sustentação do complexo médico-industrial? (estruturante, mas iníquo). Equipamentos sofisticados em pequenos municípios? (absolutamente irracional).

Mas sem dúvida os fatores determinantes para uma política mais arrojada do governo federal nascem de dois movimentos. O primeiro, ainda em 2012, partindo das prefeituras municipais. No I Seminário de Saúde nos municípios em 2012- Vitória, seguido de o I Encontro Nacional de Prefeitos em janeiro de 2013 configura-se uma frente nacional de prefeitos intitulada Cadê o Médico? Mais de 2000 municípios subscrevem-no. O segundo movimento foi o da população na rua no primeiro semestre de 2013 reivindicando mais atenção a saúde (uma pesquisa nacional em 2011, indicava que 58% da população queria mais médicos). Como resposta o Governo apresenta o programa Mais Médicos no dia 8 de julho de 2013, aprovado pelo Congresso Nacional em 17 de outubro.

Tornava-se uma obviedade que se organizasse um macro política que englobasse simultaneamente diversos aspectos; desde a expansão de número de faculdades, especialmente em locais com populações com menos de 50 mil habitantes, bem como a expansão do número de vagas nas faculdades já existentes- mas isso, somente concedido com completa reestruturação do currículo ,enfazizando atenção básica desde o início do curso. Necessária também a contratação de profissionais-professores com formação na área. Importante igualmente, assumir a regulação de especialidades, a expansão das residências necessárias a população brasileira, além da busca de ajuda internacional provisória enquanto nossas mudanças não impactassem no resultado. Tínhamos mais de seis mil UBS sem médicos,mais de 50 milhões de brasileiros sem acesso ao médico,especialmente nos interiores: da Amazônia, do Nordeste, do Pantanal,além das periferias das cidades grandes. Nosso número total de médicos em relação a população evidenciava a falta dos mesmos .

O programa Mais Médicos surge como possibilidade. Há muito o que caminhar, e temos uma dívida histórica com o povo brasileiro. Muitos problemas a superar, mas os resultados surgem como evidência. Em dois anos, desde sua implantação, a política se mostra forte para avançar, e muito nesta mudança. Temos muitos resultados de impacto para exibir.

Este número da revista pretende demonstrar alguns destes avanços já obtidos, dialogar com os profissionais de saúde comprometidos com a saúde da população, para além das lutas corporativas, e apontar para exemplos a ser disseminados. Boas reflexões e boa leitura.

Leonor Pacheco Santos (UnB)

Maria Fátima de Sousa (UnB)

Marco Aurélio da Ros (UFSC)

Paulo Roberto de Santana (UFPE)

EDITORES DO NÚMERO