



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA, CONTABILIDADE
E SECRETARIADO EXECUTIVO
DEPARTAMENTO DE TEORIA ECONÔMICA
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

SAMUEL THADEU GÓES MOREIRA

A PROFISSÃO MÉDICA, SUA DINÂMICA DE PRECARIZAÇÃO E
CONCENTRAÇÃO: UMA ANÁLISE PARA O ESTADO DO CEARÁ

FORTALEZA
2018

SAMUEL THADEU GÓES MOREIRA

A PROFISSÃO MÉDICA, SUA DINÂMICA DE PRECARIZAÇÃO E
CONCENTRAÇÃO: UMA ANÁLISE PARA O ESTADO DO CEARÁ

Monografia apresentada ao curso de Ciências
Econômicas do Departamento de Teoria
Econômica da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Me. Francisco Antônio Sousa
de Araújo

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M839p Moreira, Samuel Thadeu Góes.
A profissão médica, sua dinâmica de precarização e concentração : uma análise para o Estado do Ceará /
Samuel Thadeu Góes Moreira. – 2018.
65 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia,
Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Econômicas, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Me. Francisco Antônio Sousa de Araújo.

1. Economia. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde. I. Título.

CDD 330

SAMUEL THADEU GÓES MOREIRA

A PROFISSÃO MÉDICA, SUA DINÂMICA DE PRECARIZAÇÃO E
CONCENTRAÇÃO: UMA ANÁLISE PARA O ESTADO DO CEARÁ

Monografia apresentada ao curso de Ciências
Econômicas do Departamento de Teoria
Econômica da Universidade Federal do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Francisco Antônio Sousa de Araújo (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Jair do Amaral Filho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José de Jesus Sousa Lemos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

À minha esposa Aléssia Queiroz de Freitas e minha
filha Maria Teresa de Freitas Góes.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Me. Francisco Antônio Sousa de Araújo, Dr. Jair do Amaral Filho e Dr. José de Jesus Sousa Lemos pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

RESUMO

Dentre os atuais desafios enfrentados pelo Estado Brasileiro, aponta-se a dificuldade em se garantir para todos o Direito Social Fundamental à saúde, previsto no art. 6º da Constituição Federal de 1988. Como reflexo deste desafio, destacam-se a realidade da precarização da assistência médica no país e a concentração dos profissionais médicos nas regiões das capitais em detrimento do interior. Nas últimas duas décadas, o governo brasileiro criou Políticas Públicas de saúde com o intuito de solucionar essa precarização da assistência em saúde, procurando atender às necessidades do profissional médico, bem como do usuário do sistema de saúde, visando também a desconcentração da população médica das capitais e dos grandes centros urbanos. O objetivo deste estudo é associar teorias econômicas ao setor saúde para analisar tais problemáticas que dificultam a qualidade da assistência em saúde no país, com enfoque no Ceará. De forma complementar, caracterizar as Políticas Públicas implementadas entre os anos 2000 e 2017, especificamente o Programa Mais Médicos. Com os resultados obtidos, conclui-se que muitos esforços já foram feitos, por parte do Estado, no sentido de proporcionar uma saúde mais digna à população, no entanto, percebe-se também que muito ainda há de ser feito para que se alcance um modelo de saúde ideal para toda a sociedade cearense e brasileira.

Palavras-chave: Economia. Políticas Públicas. Saúde.

ABSTRACT

Among the current challenges faced by the Brazilian State, it is pointed out the difficulty in guaranteeing for all the Fundamental Social Right to health, foreseen in art. 6 of the 1988 Federal Constitution. As a reflection of this challenge, the precariousness of health care in the country and the concentration of medical professionals in the capital regions to the detriment of the interior stand out. In the last two decades, the Brazilian government has created Public Health Policies in order to solve this precariousness of health care, seeking to meet the needs of the medical professional, as well as the health system user, also aiming at the deconcentration of the capitals and large urban centers. The objective of this study is to associate economic theories to the health sector to analyze such problems that hinder the quality of health care in the country, focusing on Ceará. In a complementary way, characterize the Public Policies implemented between the years 2000 and 2017, specifically the Mais Médicos Program. With the results obtained, it is concluded that many efforts have already been made by the State to provide a more dignified health to the population, however, it is also perceived that much more needs to be done to achieve a an ideal health model for all Cearense and Brazilian society.

Keywords: Economy. Public Policy. Health.

LISTAS

Figura 1 – Evolução do número de médicos no Brasil.....	36
Figura 2 – A Formação discursiva normativa da regionalização da saúde.....	51
Gráfico 1. Residência Médica no Brasil – por região (2017).....	28
Gráfico 2. Crescimento da população urbana (1960 - 2010).....	30
Gráfico 3. Crescimento da população da RMF (1991 – 2017).....	32
Gráfico 4. Evolução do número de médicos na RMF (2000 – 2018).....	35
Quadro 1. Vagas de graduação de Medicina no Ceara.....	26
Quadro 2. Vagas de Residencia Médica no Ceara de Acesso Direto (2018).....	26
Quadro 3. Vagas de Residencia Médica no Ceara com Pré-requisito (2018).....	27
Quadro 4. Crescimento da População Urbana Brasil, Nordeste e Ceará (1960 a 2010). .	30
Quadro 5. Despesas Empenhadas na Saúde do estado do Ceará (Jan/17 a Jun/18).....	54
Quadro 6. Despesas Empenhadas na Saúde do estado do Ceará (Jan/13 a Dez/16).....	54
Quadro 7. Relação de Inscritos por vagas de RM no Ceará (2018).....	57
Quadro 8. Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião do Vale do Jaguaribe.....	60
Quadro 9. Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião do Sertão Central.....	61
Quadro 10. Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião de Sobral.....	61

Quadro 11. Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião do Cariri.....	62
Tabela 1. Número de médicos na RMF nas principais especialidades (2009).....	33
Tabela 2. Número de médicos na RMF nas principais especialidades (2018).....	34
Tabela 3 – Distribuição dos Médicos por Estado da Região Nordeste.....	37
Tabela 4 – Gasto Total per capita anual em ações e serviços públicos de saúde por ente federativo nos estados brasileiros, 2000-2013.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	16
3 CAMINHO METODOLÓGICO: MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	19
3.1 Processo de coleta de dados.....	19
3.2 Processo de Análise dos Dados.....	19
4 A PROFISSÃO DE MEDICINA EM UM CONTEXTO HISTÓRICO.....	20
4.1 Uma breve análise Histórica da formação da profissão no Brasil.....	20
4.2 A precarização da profissão médica e seu mercado de trabalho atual.....	21
5 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ NA RMF	30
6 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ADOTADAS E SUAS IMPLICAÇÕES.....	38
6.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil.....	38
6.2 O Sistema Único de Saúde - SUS.....	39
6.2.1 Financiamento do SUS.....	40
6.2.2 Gastos Estaduais.....	44
6.2.3 Municipalização da Saúde.....	44
6.3 O Programa Saúde da Família.....	45
6.4 Política Nacional de Atenção Básica.....	46
6.5 O Programa Mais Médicos.....	46

6.6 Programa de Regionalização das Políticas públicas de saúde no Ceará.....	50
6.7 Sugestões para uma maior eficiência do PMM no Estado do Ceará.....	55
7 CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS.....	65

1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes problemas do Brasil, quando se trata de saúde, é a distribuição desigual de médicos pelo país, além das péssimas condições de trabalho, da falta de infraestrutura dos locais e equipamentos médicos, da escassez de recursos, dentre outros, isso contribui para algumas regiões serem mais atrativas do que outras para os profissionais da Medicina. Portanto, é de suma importância dizer que, por mais que a falta de médicos seja um problema, a falta de recursos, instalações adequadas e aparelhagem também determinam, de forma incisiva, a qualidade do serviço de saúde no Brasil.

O Sistema Único de Saúde – SUS, atualmente, enfrenta defeitos em seu gerenciamento, em decorrência dessa escassez de recursos e do baixo investimento. Médicos reclamam da falta de infraestrutura e de investimentos em pesquisas e tecnologia; grande parte da população é insatisfeita com o atendimento médico na saúde pública; e os gestores municipais cobram mais recursos estaduais e federais com o intuito de melhor atender à população.

Diante deste cenário, o Poder Público vem buscando implementar ações visando a melhoria da saúde brasileira. Portanto, após a criação do SUS, várias Políticas Públicas de saúde foram criadas como “O Programa de Saúde da Família” e a “Política Nacional de Atenção Básica”. Dentre tais Políticas Públicas, criou-se, mais recentemente, o Programa “Mais Médicos”, que visou, principalmente, reduzir o problema de ofertas de médicos em localidades mais carentes.

No entanto, ainda há muito o que fazer para diminuir as desigualdades existentes na atual demografia médica brasileira. Segundo Scheffer et al. (2018), é evidente a necessidade de estratégias que facilitem a distribuição de médicos no Brasil, pois enquanto em todo o País existem 2,18 médicos por mil habitantes, há capitais com mais de 12 médicos por mil habitantes – como Vitória, no Espírito Santo – e regiões do interior do Nordeste com valores inferiores a um médico por mil habitantes.

A partir de uma análise da distribuição dos médicos no estado do Ceará, claramente, essa desigualdade na distribuição dos profissionais médicos, assim como em todas as regiões do território nacional, o que torna necessário que se criem novas medidas que reduzam a concentração destes profissionais nas capitais e amenizem a problemática da precarização do atendimento médico nesse estado.

Nesse contexto, o presente estudo propõe a criação de mais vagas para Residência Médica – RM nos municípios do interior do estado, em Clínica Geral, Anestesiologia e Cirurgia Geral, porque acredita-se que tal medida tornaria mais atrativa a migração de médicos para o interior do estado, pois essas áreas de RM estão entre as cinco áreas mais procuradas pelos médicos que desejam

realizar especialização segundo Scheffer (2018), o que daria vazão aos médicos que se concentram na capital, distribuindo melhor o número de médicos em cada município do interior do estado.

Além disso, a abertura de mais vagas de RM poderia proporcionar mais oportunidades para os profissionais que desejam se especializar, pois outro problema passível de verificação, no estado do Ceará, é o desequilíbrio entre a oferta de vagas de graduação em Medicina e o número de vagas de RM, fazendo com que muitos deles atuem como médicos generalistas, o que torna ainda mais difícil sua inserção no mercado de trabalho, tendo como consequência a submissão desses profissionais a acordos incompatíveis com sua profissão, pois como generalistas as oportunidades são restritas a plantões emergenciais e Unidade Básicas de Saúde, que remuneram abaixo do valor pago aos especialistas, com carga horárias altas, e principalmente contratos de trabalhos frágeis, muitas vezes só verbal, deixando a colocação profissional do médico instável.

Outro benefício que se poderia obter com a criação dessas vagas de RM seria o melhoramento nos serviços de média e alta complexidade, pois o funcionamento adequado dessas especializações demandam investimentos em instalações, equipamentos, ensino e pesquisa, investimentos esses que seriam custeados por instituições privadas, conforme sugestões que serão expostas mais à frente, neste estudo.

Diante do exposto é possível dizer que se trata de um estudo de relevância social, visto que está diretamente relacionado à saúde da população. É, também, de relevância profissional e acadêmica, visto que dados específicos sobre a precarização da profissão médica e do atendimento em saúde, bem como a concentração da classe nas capitais e grandes centros urbanos são escassos, espalhados em diferentes publicações ou desatualizados, acreditando-se que este estudo pode ser utilizado como fonte de pesquisa para aqueles que melhor desejam conhecer sobre o assunto.

A pesquisa foi realizada em documentos oficiais que traz dados históricos sobre o exercício da profissão Médica, considerando-se o cenário brasileiro, nordestino, e, principalmente, cearense, compreendendo, retrospectivamente, os últimos 15 anos e, prospectivamente, os próximos 15 anos.

Para melhor entendimento deste estudo, este trabalho está estruturado em sete tópicos, sendo que o primeiro consiste nesta introdução. O segundo tópico traz uma visão teórica sobre a problemática estudada, considerando a visão de teóricos da economia política em relação à precarização da mão de obra médica, partindo do entendimento da exploração da força de trabalho pelo sistema capitalista como mercantilização da mão de obra. O terceiro tópico avalia a profissão de Medicina em um contexto histórico, considerando status, rendimento e mercado de trabalho, visando contextualizar a profissão em nível de Brasil, para melhor compreensão da pesquisa. No quarto tópico apresenta-se o caminho metodológico percorrido, descrevendo os métodos e as técnicas utilizadas para coleta e análise dos dados. O quinto tópico aborda a demografia médica no

Ceará e a concentração de médicos na capital. O sexto tópico traz o tema central desta pesquisa, uma análise do Programa Mais Médicos e seu impacto na saúde da população brasileira, bem como a sugestão de medidas que acrescentem eficiência às vigentes. Por fim, no sétimo tópico, têm-se as principais conclusões e considerações sobre perspectivas a partir deste estudo.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS

Dentre os 10 princípios de Economia apontados por N. Gregory Mankiw, o sétimo diz que, as vezes, os governos podem melhorar os resultados dos mercados. Segundo Mankiw (2009) o livre mercado só é capaz de fazer maravilhas se o governo garantir o cumprimento das regras e manter as instituições principais da economia, pois em uma economia de mercado as instituições são importantes para garantir o direito de propriedade de modo que os indivíduos tenham condições de ter acesso aos recursos escassos. Há ainda outros dois importantes motivos para que o governo intervenha no mercado: para garantir a eficiência e promover a igualdade. Considerando o objetivo da igualdade, mesmo que o livre mercado produza resultados eficientes, ele pode apresentar grandes disparidades no bem-estar econômico e social. A mão invisível não garante que todos terão acesso a comida, roupas e atendimento médico adequado. E é nesse último segmento que esse trabalho vai forçar, a importância da intervenção do Estado na Economia para garantir o acesso universal à saúde, bem como analisar as políticas públicas adotadas para fazer essa intervenção.

Primeiramente, é importante ilustrar o que se entende por políticas públicas neste estudo, para então mencionar as principais políticas de saúde já desenvolvidas no país. Segundo Levy et al (2015), políticas públicas são ações e programas desenvolvidos pelo Estado que visam minimizar as desigualdades sociais, proporcionando melhores condições de vida a todos, buscando sempre a manutenção do bem-estar social. São instrumentos capazes de concretizar os objetivos fundamentais da República que estão dispostos no art. 3^o da Constituição Brasileira de 1988. Acrescenta-se aqui também o artigo 6 da referida constituição como importante meta de tais políticas públicas.

Dessa forma as políticas públicas são um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que também visam concretizar os Direitos Sociais dispostos no art. 6^o da CF/88, como por exemplo, a saúde.

E é através da implementação das políticas públicas, que a intervenção do Estado pretende solucionar o problema da precarização e das desigualdades existentes na má qualidade dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país. Bem como na qualidade das condições de trabalho e remuneração do principal agente de fim na linha (ponta final) dessas políticas públicas: o médico.

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

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

Porém, não adianta apenas criar políticas públicas, é preciso analisar a eficácia, eficiência e a efetividade dela. Ou seja, é necessário verificar se ela foi capaz de fazer o certo, do jeito certo e o quanto capaz ela é de realizar ambas as funções. Não traz retornos apenas monitorar os números/quantidades dos produtos gerados por tal política, como número de novos médicos, leitos, aparelhos e hospitais, por exemplo. Há de se verificar principalmente os resultados que esses produtos trouxeram para a sociedade, como número de exames e cirurgias realizadas ou diminuição do tempo de espera por atendimento ou procedimento, e mais além, precisar-se medir os impactos desses resultados na população através da verificação de externalidades positivas e benefícios diretos, como aumento de produtividade e salários, ou maior longevidade. Por esses motivos é que se faz relevante a análise das políticas públicas corretivas já adotadas.

O termo *policy analysis* (análise de política pública) foi introduzido por Lasswell ainda nos anos 1930, estabelecendo o diálogo entre cientistas sociais e governo (Souza, 2006). Dessa forma é importante, periodicamente, fazer a análise das políticas públicas e não somente realizar seu monitoramento. Monitorar o produto das políticas públicas é uma ação aquém de avaliar os resultados e impactos desses produtos na sociedade. Somente analisando esses resultados e impactos é possível verificar a eficiência e efetividade da política pública implementada.

Criar e aplicar uma política pública de amplo espectro, como as políticas de levar atendimento médico universal a todos os usuários da saúde de um país não é tarefa simples. Demanda muito planejamento nacional/social e descentralização das ações (regionalização), pois um dos maiores desafios de uma política pública de tal porte está na dificuldade de delimitar os objetivos e interesses. Segundo Brue (2005), a maior dificuldade no planejamento social tem sido concordar com o que desejamos realizar. De fato, as diferenças de objetivos formam o principal obstáculo para o planejamento em uma comunidade democrática, porque a unanimidade de metas só é alcançada em raras ocasiões.

Sobre elaboração de políticas públicas, Teixeira (2002, p. 2) diz que: “Definir quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem. São definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente”. Com isso, o maior objetivo das políticas públicas é promover resultados de questões que envolvem o interesse público, devendo por isso ser transparente e elaborada em espaços públicos.

Dessa forma, se mostra relevante identificar os interesses e necessidades da comunidade para que qualquer intervenção bem-sucedida aconteça. Brue (2009) destaca que a Escola Histórica Alemã ressaltou a necessidade de intervenção do Estado em assuntos Econômicos e enfatizou que a comunidade possui interesses próprios, bem distintos dos interesses individuais.

Nesse setor (Saúde), quando a sociedade é consultada sobre qual é a sua necessidade, a resposta é unânime: mais médicos (médicos aptos e capacitados), e acesso simples e hábil a todo serviço de saúde demandado por eles.

Muitas vezes pede-se que os economistas explique as causas dos acontecimentos econômicos ou tragam soluções para resolver as problemáticas. Quando tentam explicar o mundo, os economistas são cientistas. Quando tentam ajudar a melhorar a situação, são conselheiros políticos. (MANKIWI, 2009).

Foi nesse segundo papel que muitos políticos buscaram em economistas a ajuda para a constituinte de 1988, bem como nas políticas públicas que vem se seguindo desde então, objetivando ofertar para a população o que a CF/88 garantiu. Evidencia-se assim a importância desses profissionais na busca da exposição de possíveis soluções através de políticas públicas que visam o bem-estar social geral.

A intervenção na saúde do Brasil já vem se mostrando necessária há muitos anos, e foi com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 que se conseguiu dar o maior passo nesse sentido.

A política de saúde no Brasil compreende a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais ainda, compreende a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância). (Santos, et al, 2016). Neste trabalho o foco é analisar a atuação do público através do SUS e as dificuldades enfrentadas desde sua criação, com enfoque no estado do Ceará.

3 CAMINHO METODOLÓGICO: MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Neste capítulo apresenta-se o caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento desta pesquisa, apresentando sua caracterização, bem como o processo de coleta e análise dos dados, devendo-se destacar que tais dados foram discutidos de acordo com outras pesquisas realizadas sobre o assunto.

O estudo é descritivo, quantitativo, longitudinal e documental. A pesquisa foi realizada em documentos oficiais que trazem dados sobre a precarização do atendimento em saúde e do trabalho do médico, considerando-se o cenário brasileiro, nordestino, cearense e enfocando na problemática da concentração demográfica da classe profissional na Região Metropolitana de Fortaleza-CE e as Políticas Públicas implementadas no sentido de solucionar essa problemática.

3.1 Processo de coleta de dados

O processo de coleta de dados foi realizado via internet junto aos órgãos públicos que trazem pesquisas relacionadas à demografia e à saúde da população em geral e à demografia da classe médica, considerando dados em nível de Brasil, Nordeste, Ceará e, especificamente, da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). Nesse sentido, os dados foram coletados pelo portal eletrônico dos seguintes órgãos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Instituto de Pesquisa Econômica do Ceará (IPECE); Ministério da Saúde (MS); Secretaria de Saúde do Ceará; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP); Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará (CREMEC); e no Conselho Federal de Medicina (CFM). Foram consideradas as variáveis como: território; população; densidade demográfica; número de médicos total; e número de médicos por especialidade; Programa Mais Médicos.

3.2 Processo de Análise dos Dados

A análise e discussão dos dados foi realizada a partir da compilação de dados coletados nas publicações oficiais, nos últimos 15 anos buscando trazer uma perspectiva histórica sobre a evolução da profissão do médico na RMF, bem como sua distribuição demográfica nos municípios, buscando-se demonstrar a problemática que paira sobre a profissão.

Buscou-se também fazer uma análise das melhorias e limitações resultantes da implementação do Programa Mais Médicos e em seguida sugerir medidas que, acrescentadas a essa Política Pública, poderiam trazer ainda melhores resultados à assistência em saúde da população brasileira.

4 A PROFISSÃO DE MEDICINA EM UM CONTEXTO HISTÓRICO

4.1 Uma breve análise Histórica da formação da profissão no Brasil

Neste capítulo apresenta-se uma visão sobre a profissão de Medicina considerando em um contexto histórico dos fatores como condições de trabalho, pressão, rendimento e mercado de trabalho. Buscando-se descrever o setor de saúde, bem como posicionar a profissão a partir do contexto atual da saúde nas questões bioéticas, exigindo um atendimento mais humanizado por parte dos Médicos ao mesmo tempo em que se verifica a precarização de sua profissão e os impactos em sua atuação profissional, refletindo na qualidade de seu atendimento, bem como o cenário de concentração demográfica da classe na RMF.

De acordo com Amaral (2007), Napoleão Bonaparte teve uma importante participação no início das escolas de medicina no Brasil, pois devido ao bloqueio continental e a assinatura da “Convenção Secreta”, que concedeu à Inglaterra o status de principal fornecedora de produtos a Portugal e a suas colônias, Napoleão decidiu invadir Portugal, fato que ocorreu no dia 29 de novembro de 1807. Temendo tal situação, D. João IV rumou ao Brasil, chegando em Salvador no dia 22 de janeiro de 1808, dando assim início a uma etapa de maior desenvolvimento para o Brasil. No que diz respeito a esse maior desenvolvimento nos âmbitos social e cultural, o fato de destaque daquele período foi a criação, em 1808, da Imprensa Régia e das Escolas Médico-cirúrgicas em Salvador e no Rio de Janeiro.

De acordo com Rezende (2009), a medicina só se tornou realidade no Brasil, no século XIX, a partir de 1832, quando essas duas escolas fundadas se transformaram em faculdades de Medicina, e se deu início à formação de médicos brasileiros, que aos poucos foram assumindo o exercício da Medicina.

Amaral (2007) diz que o Brasil tinha o modelo europeu como seu padrão de qualidade de ensino, tendo enviado assim Visconde de Sabóia à França, Áustria, Bélgica e Inglaterra tendo como propósito visitar as Escolas de Medicina daqueles países. O relatório que foi elaborado decorrente daquelas visitas foi conhecido pelo nome do seu autor e, em 1842, foi utilizado como referência para a elaboração do primeiro trabalho sobre a formação e criação do que viria no futuro a ser a universidade brasileira.

O aumento da demanda da população por profissionais crescia juntamente ao crescimento populacional ocorrido no Brasil. Esse fato influenciou uma mudança no perfil do médico formado. Novos estatutos das faculdades de medicina foram elaborados com a ajuda de professores (Decreto

9.311, em 25 de outubro de 1884) assim como a criação da cadeira de medicina legal (Decreto 9.360, em 17 de janeiro 1885) (AMARAL, 2007).

O número de médicos brasileiros só teve um aumento de fato significativo a partir do século XX, quando foram criadas novas escolas médicas no país, pois até o ano de 1900 somente três faculdades de medicina estavam instaladas, localizadas no Rio de Janeiro, Salvador e Porto Alegre. Em 1950, já existiam então quinze escolas de medicina que eram responsáveis pela formação de aproximadamente dois mil médicos por ano. (REZENDE, 2009). Sendo uma delas a FAMED, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, fundada em 12 de maio de 1948.

4.2 A precarização da profissão médica e seu mercado de trabalho atual

O setor de saúde vem passando por transformações ao longo dos anos, sempre em busca de um atendimento público universalizado e por essa razão as políticas públicas nesta área sempre se voltam aos mecanismos de atenção, controle e regulação da gestão desse setor. Esses fatores explicam a importância do serviço de auditoria como ferramenta de qualidade, garantindo resultados positivos nas necessidades das organizações de saúde tanto pública como privada.

De acordo com Filho e Pierantoni (2004) o Brasil só começou a ter uma intervenção do Estado a partir do início do século XX, isso se deu, portanto pelo surgimento de uma nova modalidade de produção privada referente aos serviços de saúde quanto pela própria intervenção estatal. O mercado de trabalho no que diz respeito a prática médica, sempre teve como base a relação individual entre o paciente e o médico, sem que houvesse a intervenção de intermediários que estipulem tempo, a forma de como a consulta é realizada ou qual o valor da consulta, houve uma substituição por relações mais complexas no mercado de trabalho, pois na situação política e socioeconômica atual, o profissional precisou passar por adaptações.

O Estado brasileiro teve sua intervenção na saúde apenas enfrentando demandas sanitárias de caráter coletivo, sendo essas situações o saneamento básico, controle de pragas, epidemias e etc. Isso ocorreu até os anos de 1920, nesse período o atendimento médico só era realizado através de ordens religiosas, sociedades beneficentes, ou por médicos que atuavam de maneira liberal. Mais tarde então o governo brasileiro viu a necessidade de ter uma maior interferência no atendimento das demandas individuais da população, isso ocorreu após o período da industrialização e da formação do sistema previdenciário, da assistência médica e hospitalar, e deu origem a um cenário no qual o Estado se tornaria o principal mediador da assistência médica a população (FILHO; PIERATONI, 2004). Segundo os autores houve um maior desenvolvimento entre os anos de 1960 a 1980, no qual o estado financiou a fomentação de um complexo médico industrial na produção de

serviços e insumos, isso se deu através da realização de contratos e também da realização de alguns convênios com a iniciativa privada, o que incluindo a prática médica na economia de mercado.

Essa natureza, consequência da intervenção não plena realizada pelo estado, pode ser comprovada pela grande expansão que ocorreu da rede hospitalar privada com fins lucrativos. Os autores observaram a questão histórica desse desenvolvimento e observaram a evolução da iniciativa privada. Nos anos de 1978 e 1979, a iniciativa privada se via responsável por 81,2% das redes de serviços de saúde existentes no Brasil, no caso dos leitos, três em cada quatro eram pertencentes do privado.

O setor privado obteve uma ampliação na sua capacidade de internação de maneira bastante considerável, no ano de 1960 o Brasil contava com apenas 22.976 leitos e para o ano de 1984 esse número saltou para 211.802. Com tamanha expansão, naturalmente a rede ambulatorial deveria ter seguido o ritmo e também se expandido, porém isso não ocorreu, pois de acordo com Filho e Pieratoni (2004) o Estado era o principal responsável pela manutenção da rede ambulatorial, e dessa forma ele se mostrou ineficiente, por carência de recursos, em acompanhar o desenvolvimento realizado pela iniciativa privada, ficando a rede ambulatorial aquém.

Através desses números foi constatada a consolidação do mercado de trabalho referente à área da saúde, pois nos anos de 1961 a 1971 o setor foi responsável por um crescimento de 53% no número de empregos no mercado de trabalho. O setor privado era responsável por 51% da quantidade total de empregos na área da saúde e esse percentual tinha ainda um aumento quando era relacionado à quantidade de internação no ano de 1981, da qual 62,5% delas eram realizadas pelo setor privado (MEDICI et al, 2004).

De acordo com Nogueira (1986), mesmo que o setor público tenha feito um investimento menor para a criação de novos leitos, ele foi o que mais criou empregos para os profissionais da área da saúde por leito instalado. O autor dá informações referentes a quantidade de profissionais disponíveis por leito instalado, quando relacionado ao setor privado ou filantrópico, a relação era de 0,7 para cada leito. Ainda naquele ano, a rede ambulatorial pública criou 110.903 empregos para profissionais da área da saúde, enquanto o setor privado realizou uma geração de empregos de apenas 33.588.

De acordo com Médici (1986), ainda com a criação de empregos em geral para a área da saúde, essa expansão foi mais marcante para dois profissionais da área, os médicos e os atendentes de enfermagem, principalmente no setor privado. Segundo Girardi (1986), os anos de 1976 e 1982 registraram um crescimento de 8,42% ao ano e no final de 1982 os médicos já eram responsáveis por 31% dos postos de trabalho na área de saúde.

Medici et al (2004) afirmam que nesse período o médico virou um trabalhador assalariado típico, isso ocorreu por causa do contexto político, econômico e de mercado. Nogueira (1986) afirma que isto se deu graças ao crescimento do setor privado e não apenas pela criação da demanda que ele realizou, mas também pela forma como pôde fixar padrões para uma melhor qualificação da mão de obra.

De acordo com Medici (1993), na década de 1980 houve uma queda no salário dos médicos e de outros profissionais da área da saúde, isso foi o que gerou algo que ocorre atualmente para os profissionais da saúde, que é o “multiemprego”. Os profissionais buscam se filiar a mais de um emprego a fim de conseguir obter uma melhor remuneração, todavia essa prática, segundo o autor, não teve início nesse período, mas sim na década anterior.

A mulher tem ganhado cada vez mais espaço dentro do mercado brasileiro, o mercado de trabalho que, segundo Machado (1997), era predominantemente constituído pelo sexo masculino, hoje as mulheres estão cada vez mais presentes. A mão de obra feminina é fruto dos anos 1970, período no qual as mulheres buscaram a inserção no mercado de trabalho, inicialmente em empregos de baixa qualificação, e hoje evoluindo para áreas como a engenharia, advocacia, medicina, matemática e física. De acordo com Machado (1997), no ano de 1995, as mulheres já tinham uma participação considerável no atendimento público, no qual 75,1% das profissionais atuavam, contra 67,0% dos homens, salienta que as mulheres trabalham menos em consultórios, fazem menos plantões e a sua principal forma de se inserir no mercado de trabalho se dá através dos cargos públicos.

França (2010) relata que no Brasil houve três momentos que marcaram de forma efetiva a evolução social do profissional de medicina: Criação das Santas Casas de Misericórdia, a edição da Lei Eloy de Chaves e a criação do SUS.

Seguindo uma linha cronológica do Brasil e da medicina, a princípio o atendimento médico acontecia de forma liberal, através de assistência benemérita, que era realizada pelas Santas Casas de Misericórdia, e em empregos que existiam em alguns hospitais públicos. Durante esse período a medicina privada prevalecia no país, essa medicina era caracterizada pela abertura de mercado para o profissional.

Após esse período, França (2010) relata uma segunda fase que veio através da Lei Eloy Chaves para a medicina, através da qual a Previdência Social e as Caixas de Aposentadoria e Pensão para os ferroviários foram criadas no país. Esse momento é considerado como o marco da Previdência Social no país e traz uma grande quantidade de nomeações de médicos pelo país. Por fim, a terceira fase se dá com a criação do SUS e através da alternativa da medicina suplementar,

que autorizava a utilização das organizações e dos consultórios particulares através da remuneração por “unidade de serviço”.

Quanto à jornada de trabalho, o conselho federal de medicina constatou que 39,5% dos médicos trabalham de 41 a 60 horas ao longo da semana, valor acima do padrão do trabalhador que é regido pela CLT, mais grave ainda é o dado informado por 22,8% dos homens e 15,7% das mulheres de que trabalham uma jornada de 61 a 100 horas. Essa parcela é majoritariamente representada por médicos recém-formados. Os profissionais mais experientes se encaixam no percentual que informa trabalhar numa carga horária de 21 a 40 horas semanais (FRANÇA, 2010).

Os médicos têm sofrido com uma baixa qualidade de saúde, a perturbação mais frequente apresentada por esses profissionais é o estresse, que é motivado por vários fatores e que compromete suas vidas de maneira impactante, podendo seus efeitos serem sentidos na vida pessoal e comportamental. Além disso, o médico também é susceptível a adquirir doenças no seu próprio meio de trabalho, dentre essas enfermidades estão: processos infecciosos, neoplásicos, metabólicos, degenerativos, genéticos ou até mesmo por acidentes.

A síndrome do *burnout* também tem estado presente na classe, com desestímulo e exaustão na profissão médica: segundo França (2010), a medicina hoje é a profissão que mais cria desgaste emocional e desmotivação. Isso se deve a fatores como: perda do entusiasmo, esgotamento, dificuldade nas relações pessoais, dentre outras situações que são características dessa síndrome. Sua ocorrência é predominante por volta dos 50 anos de idade. Segundo o autor, foram observados também um maior índice de divórcio, depressão e suicídio, sendo que isso é mais comum nos médicos, quando comparado a outros profissionais da área da saúde. Além do excesso de trabalho, as condições do exercício da profissão, a falta de tempo para a vida particular, são outros fatores que levam a essas condições adversas.

Segundo Coelho (2018) outra questão é o fato de que os médicos no Ceará, como de resto em todo Brasil, ocupam em média de 3 a 4 postos de trabalho, assumidos em diversos locais, por vezes em municípios diferentes, com muitos deslocamentos numa extensa jornada de trabalho para exercício de todos eles. Isso pode estar importando na fragmentação da atenção a saúde em contraponto a pretendida integralidade dos cuidados.

De acordo com Coelho (2018), isso pode estar importando na fragmentação da atenção a saúde em contraponto a pretendida integralidade dos cuidados. No caso da conformação histórica de um mix público/privado em que se tornou o sistema de serviços de saúde brasileiro, do qual o SUS e subsector público, e de como os médicos nele se inseriram ao longo do tempo, não há como melhorar a efetividade desse sistema sem que se aborde as situações de como essa força de trabalho se encontra multi-sub-empregada.

Na Medicina os conselhos não têm exercido uma função fiscalizadora, e mesmo que esses tenham primordialmente as tarefas pedagógicas e doutrinárias, é necessário que eles não se omitam do papel fiscalizador. É preciso que os conselhos e sindicatos tenham uma atitude mais ofensiva e positiva, partindo para a conferência da qualidade da assistência médica e as condições de trabalho que o médico está exposto a trabalhar. Uma boa relação entre o médico e seu paciente traz um bom entrosamento, ajuda na percepção dos problemas e aumenta o interesse do profissional. Antigamente o modelo paternalista fazia parte do *status* do médico, porém, com os avanços, os próximos devem ser modelos de comunicação bidirecional no qual o médico participe e dê também o direito ao seu paciente de se expressar e decidir. Com o avanço dos direitos humanos, o ato médico necessita da autorização de um paciente ou parente para que sua função possa ser exercida, o consentimento serve como um instrumento de defesa.

O médico e o seu mercado de trabalho têm uma relação mais profunda do que a demanda e oferta pelo seu serviço, existe um grande número de fatores que dizem respeito a essa relação como as questões política, social e tecnológica, além das qualificações (subespecialidades) do profissional, por exemplo. Até 2006, 50% dos médicos ficavam concentrados nas especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgia e anesthesiologia. No entanto, segundo Machado (1997), ocorreram mudanças na estrutura que alteraram o mercado de trabalho. Dentre os fatores que têm provocado essa mudança estrutural pode-se citar os baixos salários, longas jornadas de trabalho e do *stress*.

O ensino médico no Brasil teve um grande avanço (quantitativo), apesar das complicações descritas, o médico continua a gozar de um grande *status* na sociedade de maneira geral, porém sofre com situações que o atrapalham a desempenhar suas funções da melhor maneira possível. No entanto, a qualidade do ensino não acompanhou o crescimento da quantidade de vagas ofertadas, e não houve um aumento proporcional de vagas para as especialidades (residências médicas), o que provocou, de uma maneira geral um aumento do número de médicos generalistas com uma formação de qualidade inferior e que não tem acesso à continuidade dos estudos, pois o número de vagas de residência médica é bem inferior ao número de vagas da graduação.

Quadro 1 - Vagas de Graduação de Medicina no Ceará

Instituição - IES	Sigla	Curso	Pública ou Privada	ENADE	Vagas Anuais
(583) UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	UFC	(13996) MEDICINA	Pública	4	160
(583) UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	UFC	(54490) MEDICINA	Pública	3	80
(18759) UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI	UFCA	(54494) MEDICINA	Pública	4	80
(29) UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ	UECE	(66248) MEDICINA	Pública	5	80
				Subtotal	400
(555) UNIVERSIDADE DE FORTALEZA	UNIFOR	(93001) MEDICINA	Privada	4	200
(1547) Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte	ESTÁCIO FMJ	(37304) MEDICINA	Privada	3	100
(1895) CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS	UNICHRISTUS	(90084) MEDICINA	Privada	3	196
(2111) CENTRO UNIVERSITÁRIO INTA	UNINTA	(1173014) MEDICINA	Privada	-	140
				Subtotal	636
				Total	1036

Fonte: e-mec (2018)

Quadro 2 - Vagas de Residência Médica no Ceará de Acesso Direto (2018)

Acesso Direto	
Anestesiologia	21
Cirurgia Cardiovascular	2
Cirurgia	46
Clinica Médica	70
Dermatologia	8
Infectologia	6
Medicina de Família e Comunidade	79
Medicina de Emergência	5
Neurocirurgia	3
Neurologia	10
Obstetrícia e Ginecologia	40
Oftalmologia	6
Ortopedia e Traumatologia	15
Otorrinolaringologia	5
Patologia	6
Pediatria	52
Psiquiatria	21
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	11
Radioterapia	1
Subtotal	407

Fonte: Resmedceara (2018)

Quadro 3 - Vagas de Residência Médica no Ceará com Pré-requisito (2018)

Pré-Requisito	
Cancerologia Clínica	2
Cancerologia Cirúrgica	3
Cancerologia Pediátrica	1
Cardiologia	13
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	4
Cirurgia do Aparelho Digestivo	4
Cirurgia Pediátrica	2
Cirurgia Plástica	6
Cirurgia Torácica	2
Cirurgia Vascular	4
Coloproctologia	3
Endocrinologia	6
Endoscopia	4
Gastroenterologia	5
Geriatria	4
Hematologia e Hemoterapia	4
Mastologia	7
Medicina Intensiva	9
Nefrologia	8
Pneumologia	4
Reumatologia	7
Urologia	7
Total	109

Fonte: Resmedceara (2018)

As vagas de residência médica de acesso direto podem ser pleiteadas por qualquer médico recém-formado. Já as vagas que exigem pré-requisito exigem que o médico tenha cursado alguma residência antes que lhe credencie a participar do novo processo seletivo. A residência médica de Clínica Médica é pré-requisito para as especialidades de Cancerologia Clínica, Cardiologia, Endocrinologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Nefrologia, Pneumologia e Reumatologia. Todas as subespecialidades em cirurgia, bem como Coloproctologia, Mastologia e Urologia requerem como pré-requisito a RM em Cirurgia Geral. A especialização de Medicina Intensiva tem como pré-requisito Clínica Médica, ou Cirurgia Geral, ou Anestesiologia. Evidenciando a relevância de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia para os médicos.

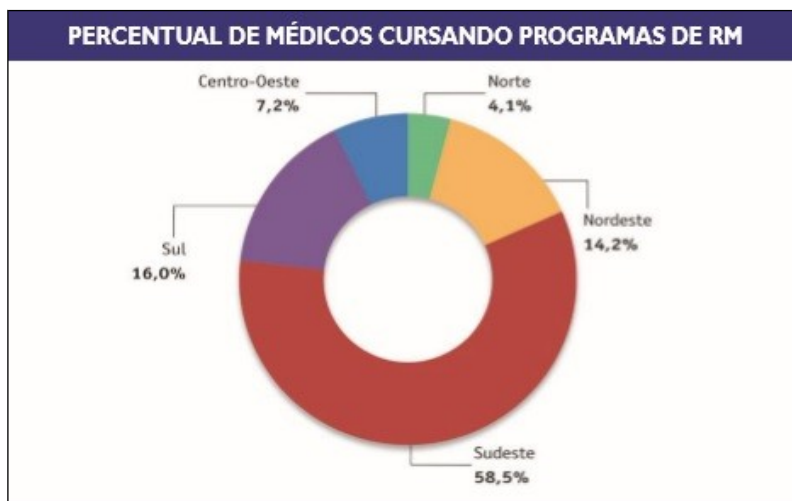
Os médicos brasileiros passaram por um grande crescimento entre as décadas de 1940 a 1970, enquanto a população brasileira contou com um crescimento de 129,18%, o número de médicos no Brasil, nesse mesmo período, aumentou em 184,38%, passando de 20.745 para 58.994. Isso é o resultado da abertura de novas escolas médicas e a expansão das vagas de medicina, que fez com que o *status* do médico atual deixasse de ser relacionado a alguém nascido em uma família

com boas condições financeiras e deixasse a profissão mais aberta a pessoas que antigamente não poderiam pagar para estudar no exterior (SCHEFFER et al, 2015).

Pelo status social da profissão de Medicina, historicamente, a busca pelos cursos de graduação tem se mantido no decorrer dos anos, gerando um mercado a ser explorado pelas universidades particulares.

De acordo com a Demografia Médica (2018) a região Sudeste é a que contém o maior número de Residências Médicas, já a região Nordeste é a terceira em número de residentes efetivamente se especializando (Gráfico 1).

Gráfico 1. Residência Médica no Brasil – por região (2017)



Fonte: Scheffer M. et al. (2018).

No estado do Ceará, o número de vagas não preenchidas para Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (única especialidade em que existiram vagas ociosas – segundo dados da Resmed/CE-2018) chega a 63,8% das que são disponibilizadas. Diante disso, busca-se compreender quais são as dificuldades em relação ao número de vagas autorizadas e o número de vagas que ficam ociosas, nessa área, percebendo-se que as vagas disponibilizadas para RM estão ligadas a vários fatores, tais como: a própria regulamentação, as bolsas de financiamento, o incentivo por meio de políticas específicas, a capacidade das instituições, programas de credenciamento e o interesse que a especialidade desperta na classe dos médicos.

Assim, o que se percebe é que há uma desigualdade na distribuição de médicos residentes no país, devendo ser adotadas medidas que vislumbrem, num futuro próximo, saídas para uma melhor distribuição de profissionais médicos, a fim de equalizar as demandas. Percebe-se então, que, dentre

as residências disponibilizadas, sobram vagas naquelas que não são desejáveis aos médicos, como é o caso da residência em Saúde da Família/Comunidade. Isso traz um custo ocioso de oportunidade para o Estado, que poderia investir esse recurso em vagas para outras áreas mais adequadas às necessidades do cenário.

Associado a este cenário está o advento do Programa Mais Médicos, que aumentou o quadro de profissionais no país, sobretudo no estado do Ceará, onde, em 2015, o programa contava, em média, com 1.480 médicos: 241 na capital e 1.239 no interior, que atuam em 172³ dos 184 municípios do estado. (MELO, et al 2016)

Com todas essas dificuldades, cria-se uma má distribuição geográfica da demografia médica, que se concentra nos grandes centros onde o mercado já está estabelecido e as condições de trabalho e vida são melhores. Isso gera um problema regional na demografia médica, mesmo que em média o número de profissionais aumente em relação à população, ao se analisar os locais mais isolados e carentes essa relação permaneceu baixa, ficando a evidência de que a melhora desse indicador se restringiu aos grandes centros. O médico atualmente se sente desvalorizado como profissional, existe uma grande perda de autoestima, gerando uma consciência de que vivenciam um trabalho “mal retribuído”, dada a complexidade e responsabilidade do seu trabalho, o tempo de estudo necessário para estar na condição atual em relação à retribuição financeira social recebida, evidenciando a desvalorização do trabalho desse profissional. Em reflexo disso têm-se uma dificuldade de atrair os médicos para a atenção básica, contribuindo para a precarização do sistema.

³Os municípios de Aiuaba, Aquiraz, Araripe, Barro, Caridade, Caririçu, Eusébio, Granjeiro, Groaíras, Nova Olinda, Parai-paba e Varjota não apresentavam adesão ao programa até 2015

5 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E ANÁLISE DA CONCENTRAÇÃO MÉDICA DO ESTADO DO CEARÁ NA RMF

As análises e discussões são apresentados neste capítulo a partir do estudo de cenários, considerando-se inicialmente as variáveis demográficas e como elas refletem no mercado futuro do profissional de Medicina atuante no Estado. Em seguida, o capítulo enfoca na distribuição dos médicos no Ceará e a problemática da concentração da classe instaurada na RMF.

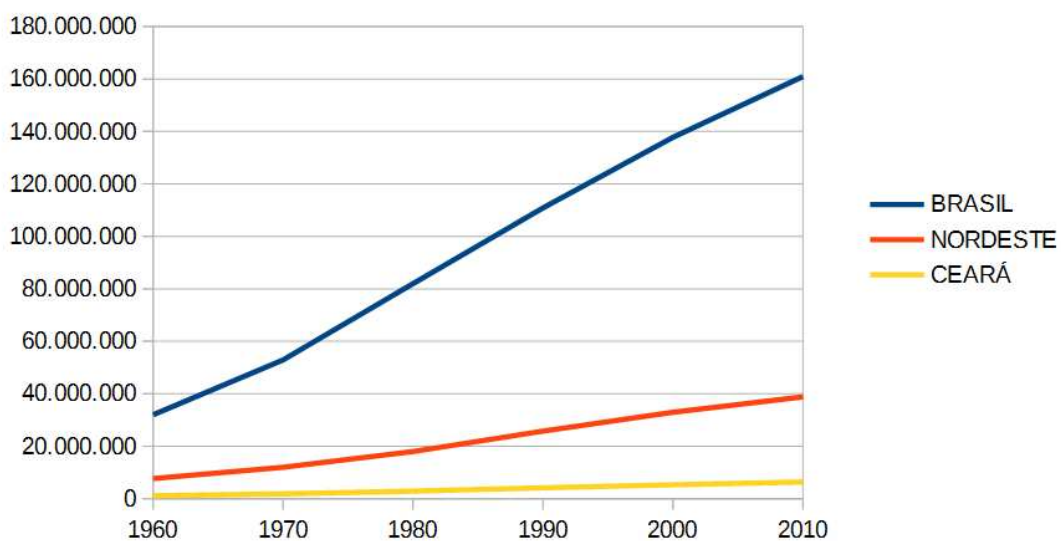
A Região Metropolitana de Fortaleza configura-se como uma microrregião do Estado do Ceará que, por sua vez, faz parte da Região Nordeste. Verificou-se crescimento populacional, no decorrer dos anos, no Brasil, Nordeste e Ceará, todavia, esse último demonstra-se com um crescimento mais lento em relação ao restante do país, conforme é possível perceber no Gráfico 2.

Quadro 4 – Crescimento da População Urbana Brasil, Nordeste e Ceará (1960 a 2010)

CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO URBANA						
LOCAL	1960	1970	1980	1990	2000	2010
BRASIL	32.004.817	52.904.744	82.013.375	110.875.826	137.755.550	160.925.792
NORDESTE	7.680.681	11.980.937	17.959.640	25.753.355	32.929.318	38.821.246
CEARÁ	1.124.829	1.811.202	2.877.555	4.158.059	5.304.554	6.346.557
VARIACIONES		65,30%	55,02%	35,19%	24,24%	16,82%
		55,99%	49,90%	43,40%	27,86%	17,89%
		61,02%	58,88%	44,50%	27,57%	19,64%

Fonte: IBGE (2018)

Gráfico 2. Crescimento da população urbana (1960 – 2010)



Fonte: IBGE (2018)

O estado do Ceará apresentou na década de 2000 a 2010 um crescimento populacional de 19,64%, acima da taxa de crescimento do país (16,82%) e da região Nordeste (17,89%), e principalmente acima da taxa de crescimento da população da RMF (16,60%) como pode ser percebido em período semelhante no gráfico³. Isso mostra que a população do Ceará cresceu a uma taxa maior que se deu o crescimento da RMF, mas quando analisa-se a população médica do mesmo período o que se observa é o inverso, o que evidencia uma potencialização do problema da má distribuição médica no Estado.

Entre as décadas de 1970 e 1980 devido a expansão da malha urbana das grandes cidades, as relações entre as cidades vizinhas acabou por se fundir, dentre as atividades dessa malha, estão relacionadas a indústria, o lazer, e outras. Isso também levou a junção de suas áreas urbanas, um processo que tem o nome de conurbação. Com isso há o aumento de pessoas que residem, ou mesmo estudam, ou trabalham entre uma cidade e outra. Avenidas e pontes também surgem para que possa haver uma integração entre essas localidades. Esses aspectos são responsáveis por caracterizar o que vem a ser uma Região Metropolitana (GONÇALVES, 2011).

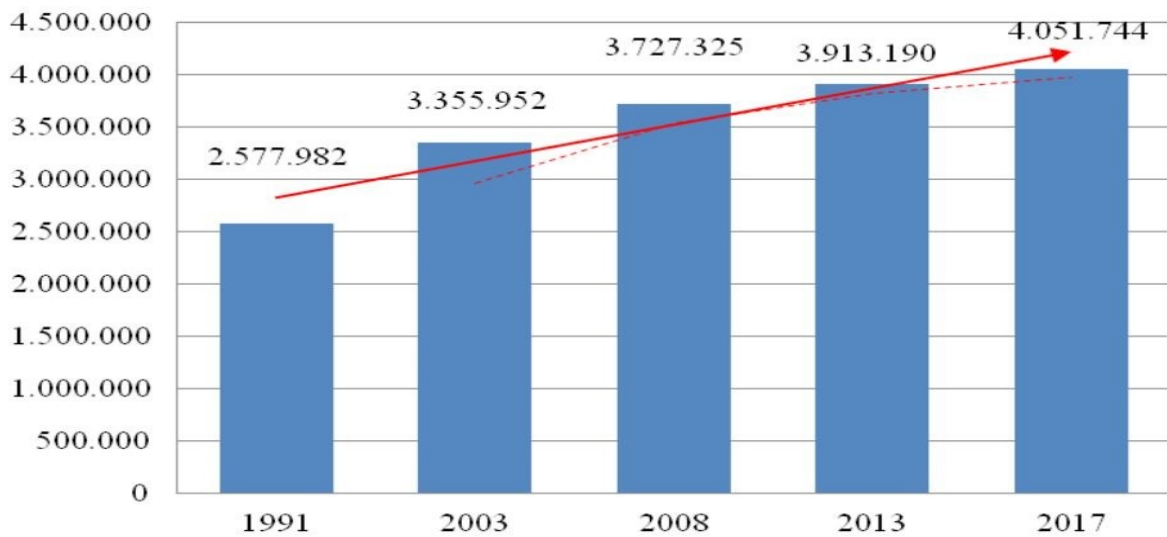
No ano de 1973, surgiram as primeiras regiões metropolitanas no Brasil, elas eram: São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. Nesse processo no ano de 1973 foi estabelecida a RMF ficando então firmada como uma metrópole do estado do Ceará e uma das principais do Nordeste. No ano de 1973 a RMF era composta por cinco municípios: Aquiraz, Pacatuba, Maranguape, Caucaia e Fortaleza (GONÇALVES, 2011).

De acordo com Gonçalves (2011), a RMF teve um acréscimo de quatro municípios em 1999, passando assim a contar com 13 municípios no total, e no ano de 2009 o governo estadual alterou a Lei Complementar nº18 de 29 de dezembro de 1999 e incluiu também as cidades de Pindoretama e Cascavel a RMF.

A RMF atualmente é formada por 19 municípios, os quais: Aquiraz; Cascavel; Caucaia; Chorozinho; Eusébio; Fortaleza; Guaiúba; Horizonte; Itaitinga; Maracanaú; Maranguape; Pacajus; Pacatuba; Paracuru; Paraipaba; Pindoretama; São Gonçalo do Amarante; São Luís do Curu; e Trairi, que juntas formam a microrregião mais populosa do Nordeste e a sexta do Brasil, verificando-se um crescimento médio de 12% ao ano.

Ressalta-se que a RMF representa, ao Estado do Ceará, a mais importante e complexa aglomeração urbana. Ela concentra as atividades econômicas do estado e também mais de 40% da população cearense. As oito cidades cearenses mais populosas estão contidas dentro da RMF, com destaque para Fortaleza que é a capital e maior cidade cearense, e para Caucaia que é a segunda maior cidade cearense. O Gráfico 3 apresenta o crescimento da população da RMF de 1991 a 2017.

Gráfico 3. Crescimento da população da RMF (1991 – 2017)



Fonte: IPECE (2018).

Analisando o crescimento da população nessa área, é possível observar que cresceu mais de 30% de 1991 a 2003, a taxa de crescimento após 5 anos foi de 11%, a partir daí houve um decréscimo marginal do crescimento com taxas de 4,99% e 3,54% nos períodos seguintes. Que é uma evidência de que a população da RMF não está apresentando uma taxa de crescimento sustentável, com alto decréscimo marginal o que pode agravar no futuro próximo o problema da concentração da demografia médica, dado que essa classe apresenta crescimento substancial.

Dentre os municípios com maior taxa de urbanização, dentro da RMF, estão as cidades de Maracanaú e Caucaia, isso se deve ao fato de que esses municípios possuem uma alta presença de complexos industriais e muitos conjuntos habitacionais, esses dois fatores contribuíram para que muitos se sentissem atraídos a povoarem essas localidades (GONÇALVES, 2011).

De acordo com dados de 2013, o Estado do Ceará contava com 9.953 médicos registrados, para uma população de 8.606.005 pessoas, isso dá uma razão médica de 1,16 médicos para cada 1.000 habitantes. No mesmo ano a Cidade de Fortaleza detinha desse total 7.754 médicos para uma população de 2.315.116 indicando uma razão de 3,35 médicos para cada 1.000 habitantes, evidenciando a concentração da classe na capital e região metropolitana. (CFM; PESQUISA Demografia Médica, 2013). Porém, o dado mais crítico que se pode concluir desse cenário é a razão de médicos para mil habitantes para o restante das cidades do interior do estado do Ceará (todos os municípios, com exceção de Fortaleza), que é de 0,35 no mesmo ano.

Segundo dados da demografia médica realizada anualmente pela Universidade de São Paulo (USP), Os mesmos dados para o ano de 2018, são para o Estado: 12.652 médicos para uma

população de 9.020.460, com uma razão de 1,40 médico para 1.000 habitantes. Já a cidade de Fortaleza detinha do total 9.533 para uma população de 2.627.482 informando uma razão de 3,63 médicos para cada 1.000 habitantes, enquanto que no restante do estado (todos os municípios, com exceção de Fortaleza), essa razão é de 0,49 médicos por cada 1.000 habitantes, abaixo da metade do mínimo preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 1 médico para cada 1.000 habitantes, segundo Portal Médico (2018).

Esses dados confirmam a necessidade de uma política de intervenção mais eficiente, pois ficou evidenciado que, apesar de haver um aumento do número de médicos nas áreas mais carentes, houve um aumento ainda maior do número de médicos em Fortaleza e na RMF, tornando nítido o agravamento do problema da concentração desses profissionais na capital do estado. A Tabela 3 mostra que, em 2009, a concentração de médicos era somente na capital do Ceará, e que passou a ser distribuída, em parte, para a RMF em 2018, onde passou a estar a concentração dos médicos, ainda que persista a maior concentração da classe na capital.

Tabela 1 - Número de médicos na RMF nas principais especialidades (2009)

2009					
MUNICÍPIO	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	CIRURGIA GERAL	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	ANESTESIOLOGIA
Aquiraz	1	0	1	1	0
Cascavel	0	0	0	0	0
Caucaia	1	0	2	1	1
Chorozinho	0	0	0	0	0
Eusébio	8	14	11	13	4
Fortaleza	596	234	574	502	352
Guaiúba	0	0	0	0	0
Horizonte	0	0	0	0	0
Itaitinga	0	0	0	0	0
Maracanaú	1	0	0	0	0
Maranguape	0	1	0	0	0
Pacajus	0	0	0	0	0
Pacatuba	0	0	0	0	0
Paracuru	0	0	1	0	0
Paraipaba	4	0	3	0	0
Pindoretama	0	0	0	0	0
São Gonçalo do Amarante	0	0	0	0	0
São Luís do Curu	0	0	0	0	0
Trairi	0	0	0	0	0
Total	611	249	592	517	357

Fonte: Ministério da Saúde (2018).

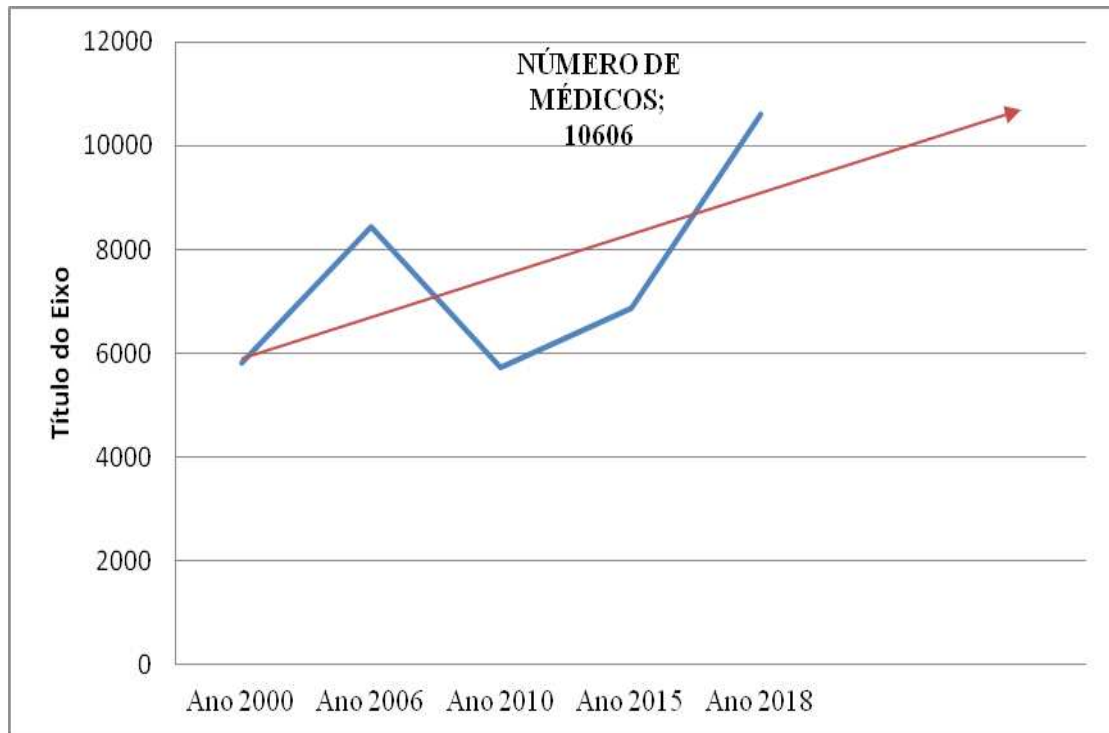
Tabela 2 - Número de médicos na RMF nas principais especialidades (2018)

2018					
MUNICÍPIO	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	CIRURGIA GERAL	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	ANESTESIOLOGIA
Aquiraz	18	7	3	14	3
Cascavel	9	6	3	18	5
Caucaia	63	37	11	80	22
Chorozinho	14	0	0	0	0
Eusébio	15	19	2	16	2
Fortaleza	2205	1222	889	1194	1122
Guaiúba	1	0	0	0	0
Horizonte	44	4	2	17	2
Itaitinga	38	3	2	4	2
Maracanaú	251	70	92	100	99
Maranguape	55	20	22	29	25
Pacajus	33	5	9	18	5
Pacatuba	18	2	1	2	0
Paracuru	16	0	3	4	4
Paraipaba	8	0	0	1	0
Pindoretama	16	1	0	2	0
São Gonçalo do Amarante	14	1	2	1	1
São Luís do Curu	10	0	1	2	0
Trairi	3	1	0	4	0
Total	2831	1398	1042	1506	1292

Fonte: Ministério da Saúde (2018).

A RMF concentra a maioria dos vínculos públicos dos médicos, com 67,3%. Outras regiões do Estado do Ceará também mostram uma alta concentração de profissionais, como as localizadas no sul do estado, são essas: Crato, Juazeiro do Norte, e Barbalha, com 9,0% e Sobral, que conta com 4,8% (MACIEL et al., 2010). O número de médicos nessa microrregião cresceu ao longo dos tempos, conforme é possível verificar no Gráfico 4.

Gráfico 4. Evolução do número de médicos na RMF (2000 – 2018)

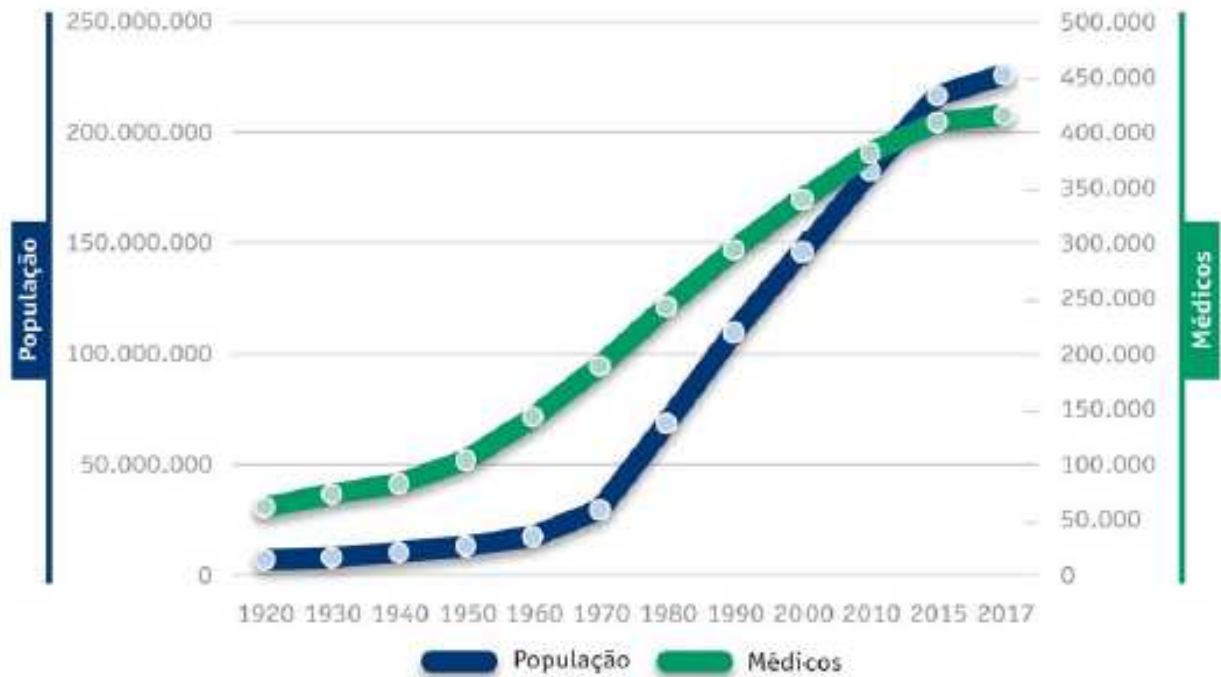


Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Faz-se importante destacar, a partir do Gráfico 4, que o crescimento real (linha azul) é bem superior que a tendência de crescimento (linha vermelha), principalmente após 2015, período em que iniciou a formação dos últimos cursos de medicina das faculdades particulares criadas em Fortaleza.. Isso leva a crer que o número de médicos continue a crescer a uma taxa maior que a população, o que pode agravar mais a concentração da classe na RMF.

Essa situação é o oposto observado no Brasil, como pode-se observar na Figura 1, no mesmo ano de 2015 (ponto de convergência das linhas azul e verde), no país, a população passou a crescer a uma taxa maior.

Figura 1 – Evolução do número de médicos no Brasil



Fonte: Scheffer (2018)

Mesmo assim, ainda existe um pequeno espaço para o crescimento do número de médicos, desde que resolva-se o problema da má distribuição da demografia dessa classe de profissionais no estado do Ceará. Como pode ser evidenciado na tabela 3, a população do Ceará representa 4,3% da população do Brasil, para uma perfeita alocação da quantidade de médicos, seria ideal que 4,3% da população de médicos do Brasil estivesse no Ceará, para então ser bem distribuída em seus municípios, porém a porcentagem de médicos no Ceará ainda é de 2,8% do total desses profissionais registrados no país. Assim ainda é possível crescer essa relação, como foi observado acima, no entanto há de se ter cuidado para não extrapolar tal razão, precarizando ainda mais o mercado profissional de atuação dos médicos no estado.

Tabela 3 – Distribuição dos Médicos por Estado da Região Nordeste

	Médicos	%	População ¹	%	Razão
Brasil	451.777	100,0	207.660.929	100,0	2,18
Região Nordeste	80.623	17,8	57.254.159	27,6	1,41
Maranhão	6.096	1,3	7.000.229	3,4	0,87
Piauí	3.860	0,9	3.219.257	1,6	1,20
Ceará	12.652	2,8	9.020.460	4,3	1,40
Rio Grande do Norte	5.792	1,3	3.507.003	1,7	1,65
Paraíba	6.753	1,5	4.025.558	1,9	1,68
Pernambuco	16.381	3,6	9.473.266	4,6	1,73
Alagoas	4.575	1,0	3.375.823	1,6	1,36
Sergipe	3.806	0,8	2.288.116	1,1	1,66
Bahia	20.708	4,6	15.344.447	7,4	1,35

Fonte: Scheffer (2018)

6 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ADOTADAS E SUAS IMPLICAÇÕES

6.1 As políticas públicas de saúde no Brasil

O fornecimento de saúde pública é heterogêneo nas diferentes regiões do Brasil. Enquanto uns tem à sua disposição grande concentração de médicos, outros lutam por atendimento básico, chegando a longas esperas pelo mesmo.

Diante de tal problema, o Estado vem implementando programas de provimento de profissionais que remontam à época da ditadura militar, iniciando com o Projeto Rondon, que objetivava levar estudantes a atuarem em locais de difícil acesso. Posteriormente, surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001), sendo este último uma das estratégias de fortalecimento do Programa Saúde da Família (1997), que surgia à época e foi responsável pela ampliação da cobertura assistencial. Em 2012, iniciou-se o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, e, recentemente, uma política pública de saúde foi criada por meio da Lei nº 12.871/2013, o Programa Mais Médicos (PMM), que visa melhorias na redistribuição de médicos nas diferentes regiões do Brasil, com foco principal em atendimento à atenção básica, levando atendimento às áreas menos favorecidas e também praticando melhorias nos cursos de medicina ofertados no país (NETTO, 2018).

Segundo Netto et al (2018), o PMM não representa a primeira iniciativa governamental no intuito de sanar a problemática da escassez e má distribuição de médicos; no entanto, parece ter sido a mais bem-sucedida, pois contribuiu de forma significativa para a saúde brasileira, uma vez que reduziu a escassez de médicos na atenção primária à saúde, impulsionou a expansão do número de vagas de graduação e residência em medicina da Saúde da Família e da Comunidade e foi responsável pela mobilização de recursos financeiros para melhorar a estrutura das unidades básicas de saúde (UBS).

Além disso, adianta-se que, conforme Levy et al (2015), o Mais Médicos, se bem implementado e fiscalizado, tem capacidade de diminuir a espera por atendimento em redes públicas de saúde e suprir a falta de profissionais em regiões carentes, além de priorizar investimento em estruturas de atendimento e equipamentos, problemas que atingem grande parte da população brasileira, a qual tem como seu único meio de acesso à saúde pública o Sistema Único de Saúde – SUS.

6.2 O Sistema Único de Saúde – SUS

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, positivou-se a saúde como um Direito Social Fundamental, devendo o Estado garanti-la a todos. Para tanto, criou o SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, visando a redução de riscos de doenças e de outros possíveis agravantes, estabelecendo condições para que se assegure o acesso universal e igualitário por parte de todos (LEVY, 2015).

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

Todo o serviço de saúde prestado por órgãos públicos seja ele federal, estadual ou municipal, constitui o Sistema Único de Saúde. Ações e serviços de saúde executados por órgãos públicos ou em parceria com entidades privadas serão organizados de forma regionalizada, ou seja, de acordo com características e necessidades específicas da região atendida.

O SUS é um sistema universal, isto é, toda a população, independentemente do nível social, renda ou origem, pode utilizá-lo sem distinção, de acordo com suas necessidades. Mesmo em casos de não utilização, todos são beneficiários através de campanhas de vacinação, campanhas preventivas, controle sanitário, dentre outras.

No contexto que antecede e pelo qual se motiva a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), declarava-se que a saúde de grande parte da população brasileira ia mal e que, quando se precisava dos serviços de saúde, eles não funcionavam bem e não conseguiam resolver adequadamente os problemas reclamados (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 7-8, apud COELHO E LIMA, 2018).

O Estado busca um sistema de saúde público universal, integral e gratuito, entretanto, a população enfrenta diversos problemas para usufruir desse sistema. Exemplos disso são a precariedade da assistência em saúde e a má distribuição dos médicos nas diversas regiões do país.

Segundo Coelho e Lima (2018), passados quase 30 anos da implantação do SUS, houve melhora do acesso a diversos serviços de saúde, mas sua implementação tem sido dificultada pela histórica permanência de apoio estatal ao setor privado, pela concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas e por subfinanciamento crônico. Evidenciando a importância de se desenvolver políticas públicas complementares visando solucionar tais falhas ainda verificadas no SUS.

6.2.1 Financiamento do SUS

Os países que possuem sistemas nacionais de saúde gastam em média de 7 a 8,5% de seu produto interno bruto – PIB com a saúde, sendo que no Brasil a renda revertida para esta finalidade é de apenas 3,6%. Além disso, há evidências de que o dinheiro não é bem investido, tornando assim a situação ainda mais complicada (SANTOS, 2010).

Os anos de luta por um financiamento adequado e sustentável para o SUS não livraram o setor da submissão ao crescimento exponencial de seus custos, seja pelo desenvolvimento de novas tecnologias, pelo envelhecimento da população ou pela crescente judicialização do direito à saúde. O SUS tem absorvido os impactos dos aumentos dos níveis de violência social, dos acidentes automobilísticos, da poluição crescente, das doenças crônicas etc, e isso sem ter constituído mecanismos adequados e sustentáveis de seu financiamento. (SANTOS, et al, 2016)

O financiamento do SUS foi normatizado doze anos após sua criação, através da Emenda Constitucional Nº 29/2000 (EC29), que define as receitas que servirão como base de cálculo para a vinculação de recursos para o SUS, e determina a base de cálculo para a apuração dos três entes federativos. A EC29 foi orientadora do gasto em saúde até a promulgação da Lei Complementar Nº 141/2012, que define o que pode ser considerado como gasto em saúde, estabelece o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde. (COELHO E LIMA, 2018)

A EC 86/2015 alterou o modelo de financiamento proposto pela EC 29/2000, na medida em que torna impositivas as emendas parlamentares incluindo-as no cômputo das despesas em saúde. À primeira vista pode parecer que a EC 86/2015 trouxe um incremento financeiro ao setor da saúde, todavia, em termos nominais, em 2016, os valores destinados pelo Ministério da Saúde podem significar aporte menor que do ano corrente. O ano 2015 também foi o das tentativas de ressurreição da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que seria novamente destinada à saúde.(SANTOS, et al, 2016)

Com a criação do SUS, o financiamento da saúde passou a ser tripartite, envolvendo recursos oriundos da União, dos estados e dos municípios, o que também se expressou na atenção básica. Ainda que ao longo da década de 1990 tenha-se observado queda progressiva na participação dos recursos federais, naquela década está permaneceu acima de 50%, corroborando seu papel relevante. (FAVERET, 2003)

A EC 29 estabeleceu que estados e municípios devessem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, a EC 29 determinou que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. (ANFIP, 2007).

No Ceará, a normatização do financiamento da Saúde através da EC29/2000 e da LC 141/2012, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), teve um impacto positivo no aumento das despesas com saúde com recursos próprios do Estado passando de 9,6% em 2000 para 13,9% em 2016 e dos municípios de 20,8% em 2000 para 22,5% em 2016. No panorama do País a participação da União nos gastos em saúde por esfera de governo passou de 72 % em 1993 para 42% em 2015, enquanto o conjunto dos estados passou de 12% em 1993 para 27% em 2015, e dos municípios brasileiros de 16% em 1993 para 31% em 2015. A redução da participação da União nos gastos em saúde por esfera de governo levou a criação de um movimento social para aprovação do projeto de vinculação dos gastos federais a Receita Corrente Bruta da União, Saúde +10, mas com o apoio do governo federal foi aprovada a proposta de vinculação dos recursos a Receita Corrente Líquida (RCL), com a edição da Emenda Constitucional No. 86/2015, determinando a aplicação de recursos da União em ações e serviços públicos de saúde, correspondente a 15% da RCL. Com a aprovação da Emenda Constitucional No 95/2016 que trata da vigência do Novo Regime Fiscal por 20 anos, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde equivalera no exercício de 2017 a 15% da RCL. O cálculo nos exercícios posteriores serão os valores das aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos pela variação do IPCA, para o período de 12 meses encerrado em junho do exercício anterior. Resumidamente a despesa da União com ações e serviços de saúde de 2017 até 2036 será a mesma, em termos reais, da executada em 2016. O SUS no Ceara em 2013 contou com o montante de recursos no valor de R\$ 6.237 milhões, financiado pelos três entes federados, cabendo a União R\$ 2.636 milhões (42,3%), ao estado R\$1.796 milhões (28,8%) e aos municípios R\$1.805 milhões (28,9%) gerando um valor per capita de R\$ 710,37. Em 2016 os recursos se elevaram para R\$ 7.837milhoes, num aumento de 26,7%, mas a participação da União se reduziu em 2,6%. (COELHO, 2018)

Os critérios de rateio dos recursos se dão dos recursos da União destinados aos estados, ao DF e aos municípios, bem como dos estados destinados aos seus respectivos municípios. Por conta dessa conjuntura do Estado do Ceará optou por fazer essa última destinação através da modalidade de transferência fundo a fundo de seus próprios recursos para os Fundos dos Municípios,

objetivando otimizar o processo e mantê-lo dentro das exigências dos critérios de transparência financeira e administrativa da Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como evitando desperdícios, pois os recursos são transferidos dada a real necessidade e particularidade de cada Município para ofertar os serviços de saúde demandados.

A PEC 01/2015, que visa alterar o art. 198 da Constituição Federal, dispõe que o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, deve obedecer aos percentuais de 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% da receita corrente líquida, de forma escalonada em cinco exercícios. Ao considerar que a saúde é propulsora de desenvolvimento econômico e social, o escalonamento da destinação de recursos financeiros para a saúde deve ater-se a tempo menor, sob pena de que o SUS agonize antes de vencido o último prazo.(SANTOS, 2016)

Tabela 4 – Gasto Total per capita anual em ações e serviços públicos de saúde por ente federativo nos Estados brasileiro, 2000-2013

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	GASTO MUNICIPAL PER CAPITA			GASTO ESTADUAL PER CAPITA			GASTO FEDERAL PER CAPITA		
	2000	2013	VARIAÇÃO	2000	2013	VARIAÇÃO	2000	2013	VARIAÇÃO
TOTAL	98.37	294.87	200%	94.34	258.64	174%	271.64	413.07	52%
Acre	10.01	149.90	1398%	455.40	658.56	45%	313.90	257.77	-18%
Alagoas	41.88	174.90	318%	79.13	191.71	142%	227.24	260.09	14%
Amapá	22.51	127.38	466%	273.42	625.20	129%	311.43	228.89	-27%
Amazonas	82.06	221.74	170%	187.56	484.86	158%	192.45	203.08	06%
Bahia	48.22	180.36	274%	66.37	161.47	143%	186.93	243.28	30%
Ceará	50.47	205.36	307%	21.42	197.42	822%	218.21	238.22	09%
Distrito Federal	-	-	-	183.02	760.31	315%	339.48	209.94	-38%
Espirito Santo	87.52	282.80	223%	155.97	355.92	128%	197.53	226.73	15%
Goiás	60.84	253.68	317%	80.90	238.39	195%	212.15	232.40	10%
Maranhão	42.72	169.36	296%	9.91	159.50	1509%	197.39	240.07	22%
Mato Grosso	111.47	318.95	186%	38.92	286.26	636%	232.46	233.02	0%
Mato Grosso do Sul	118.33	396.13	235%	105.58	308.36	192%	218.95	273.63	25%
Minas Gerais	113.86	309.95	172%	48.24	208.53	332%	201.83	245.23	22%
Pará	32.85	154.74	371%	55.66	190.73	243%	188.21	203.06	08%
Paraíba	46.54	212.00	356%	31.50	225.34	615%	251.62	272.88	08%
Paraná	103.53	312.17	202%	42.90	191.16	346%	219.29	259.23	18%
Pernambuco	46.12	186.87	305%	84.03	236.83	182%	251.13	262.15	04%
Piauí	26.06	207.91	698%	40.57	208.12	413%	225.50	272.70	21%
Rio de Janeiro	106.71	342.82	221%	94.39	239.07	153%	415.61	334.91	-19%
Rio Grande do Norte	75.34	257.81	242%	129.87	266.31	105%	236.96	260.84	10%
Rio Grande do Sul	100.55	299.17	198%	85.71	254.80	197%	272.01	324.99	19%
Rondônia	61.36	232.01	278%	108.84	346.03	218%	319.20	212.67	-33%
Roraima	57.37	204.64	257%	364.00	758.76	108%	436.32	256.07	-41%
Santa Catarina	89.01	337.35	279%	106.58	246.07	131%	200.95	247.03	23%
São Paulo	179.74	450.11	150%	162.69	299.64	84%	218.61	221.26	01%
Sergipe	40.72	192.41	373%	43.11	295.74	586%	230.21	260.04	13%
Tocantins	71.75	221.64	209%	156.15	635.49	307%	260.33	277.95	07%

Fonte: DATASUS, apud ASSIS (2018)

Pela Tabela 2 é possível verificar que, no prazo analisado, os Municípios (+307%) e o Estado do Ceará (+822%) tiveram uma substancial variação no aumento do investimento per capita em saúde, se comparado com a variação do investimento da União (+9%) no Estado. Nota-se um destaque para os gastos do governo do Estado em relação aos gastos municipais e da União, bem como se comparado com a variação dos gastos dos demais estados, ficando atrás somente do Investimento do Estado do Maranhão (+1509%).

6.2.2 Gastos Estaduais

O Sistema Sanitário Estadual passou a integrar o Sistema Único de Saúde – SUS quando da sua criação pela Constituição do Estado do Ceará de 1989. Os gastos com ações e serviços de saúde financiados através dos recursos próprios do Estado, gerenciados pelo Setor Estadual de Saúde, evoluíram de R\$ 64.805mil em 1994 para R\$ 174.204 mil em 2000, primeiro ano de vigência a EC 29/2000 que determinava a vinculação de 12% dos recursos próprios para a saúde. Em 2013 se elevaram para R\$ 1.795.761 mil, no primeiro ano de vigência da LC 141/2012 e em 2016 com a rede especializada ampliada, os gastos chegaram a R\$ 2.260.886 mil, um aumento de 25,9% em relação a 2013. A participação dessas despesas em relação ao PIB- Ceara foi de 0,98% em 1994, 0,77%, em 2000, 1,64% em 2013 e 1,57% em 2015. Em 2016, 56,8% das despesas realizadas com recursos do Tesouro do Estado foram com ações e serviços da área de Atenção de Médica de Alta Complexidade, 1,7% com Atenção Básica, 1,0% em Vigilância em Saúde, 2,8% em Assistência Farmacêutica, 32,8% com Gestão e 4,9% com Investimentos. (COELHO E LIMA, 2018)

6.2.3 Municipalização da Saúde

No seguimento da reforma político-administrativa do Governo das Mudanças, em 1989, inaugura-se o processo de municipalização da Saúde pela descentralizando da gerência de serviços básicos e especializados, até então sob responsabilidade do governo estadual, para o âmbito das administrações municipais, iniciado pela formalização de convênio e de termos de cessão de pessoal e de uso de bens patrimoniais, entre o estado e os municípios de Baturité, Barbalha, Crato, Iguatu e Juazeiro do Norte. Ao final de 1993, já no governo de Ciro Gomes, já havia atingido quase 70% dos municípios cearenses, com a adesão de 124 dos 141 existentes. Destaca-se que esse processo de descentralização foi normalizado por iniciativa do próprio estado sem participação do MS, que se pronunciou sobre descentralização somente quando lançou uma Norma Operacional Básica, pela Portaria 545 de 20 de maio de 1993, a chamada NOB/93, pela qual se definiram estratégias e regras

referentes a descentralização e a reorganização do modelo de gestão do sistema de saúde (COELHO, 1998).

Na discussão de temas que implicam decisões financeiras, é delegado ao secretário municipal de saúde a tarefa de convencimento do seu respectivo prefeito para que este possa intervir na instância de decisão do consórcio, no qual somente ele tem assento e poder de voto. (GOYA, 2018)

6.3 O Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família, criado em 1994, visa aprimorar o desenvolvimento da saúde pública brasileira, e tem como objetivo um maior alcance populacional, levando o acesso à saúde em áreas desassistidas.

O programa visava levar atendimento básico de saúde à população mais carente, fazendo uma conexão entre o SUS e as equipes de atendimento. A equipe deveria ser multiprofissional, contendo um médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde. As equipes podiam ser responsáveis no máximo por quatro mil pessoas.

O Estado do Ceará implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, com o objetivo de promover a inversão do Modelo de Atenção, definindo a Atenção Básica como o Primeiro Nível de Atenção e a porta de entrada do Sistema. Nesse primeiro ano implantou 84 (oitenta e quatro) Equipes em 11 (onze) Municípios. Esta estratégia tornou-se a Política de Saúde Oficial do Estado e vem sendo qualificada por ações desenvolvidas por todos os governos subsequentes. Essa decisão colocou o estado em uma situação de destaque em relação as coberturas alcançadas que são superiores a média do Brasil (Anexo S). É importante ressaltar que o Programa Mais Médico (PMM), implantado em 2013, e responsável pelo crescimento gradual no número de Equipes. (COELHO, 2018)

Mesmo sendo uma medida lançada há duas décadas atrás, o programa que é ativo até hoje e busca minimizar os problemas da realidade da saúde pública, em que grande parte da população carente não tem acesso aos hospitais, unidades básicas de saúde, vacinação infantil, entre outros atendimentos que são considerados básicos, pois, segundo Levy et al (2015), não é absurdo dizer que em muitas cidades, mesmo ao redor de grandes capitais, em postos públicos de saúde, para agendar uma consulta com especialidades básicas como um pediatra ou mesmo um cardiologista pode levar meses, não somente por falta de profissional, mas também por desorganização e precariedade das unidades de saúde e falta de aparelhamento médico.

6.4 A Política Nacional de Atenção Básica

Como parte da política pública de revitalização e fortalecimento do SUS, foi emitida, em outubro de 2011, pelo Ministério da Saúde a portaria de nº 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização de Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Um dos principais objetivos do programa é o fortalecimento da saúde básica, sendo aquela que funciona como porta de entrada entre a população e o SUS, a comunicação direta entre o público e a rede de saúde.

Essa atenção básica tem como características principais a promoção e proteção da saúde, prevenindo agravos, evitando diagnósticos tardios e reduzindo possíveis danos à saúde de seus usuários.

O Estado, como se observa neste estudo, vem tentando ofertar, através dessas diversas medidas, uma melhor assistência em saúde, sobretudo para as parcelas mais desprovidas da população, entretanto, muito ainda há de ser feito, principalmente em relação à qualidade dos atendimentos e da infraestrutura existente nas regiões mais carentes do Brasil.

Assim, buscando garantir um dos principais direitos sociais, o Governo Federal, em 2013, criou o Programa Mais Médicos, tornando disponível ao SUS, meios para proporcionar à população um melhor nível básico de saúde.

6.5 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 8 de julho de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621 e, posteriormente, convertido na Lei nº 12.871/2013.

O PMM se propõe a qualificar profissionais, investir na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ampliar a provisão de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com maior vulnerabilidade.

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

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

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

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

O programa propõe também a alocação estratégica dos cursos de medicina, priorizando as áreas com menos relação de médico por habitante. Propõe-se também que os estudantes formados em tais cursos, posteriormente, aplicarão seus estudos em unidades de saúde do SUS, atendendo assim áreas que antes não eram escolhidas por médicos para sua atuação.

O aumento nos investimentos para a melhoria da infraestrutura de serviços públicos de saúde também é proposta do programa. Até o ano de 2014, de acordo com o Ministério da Saúde (2015), R\$ 15 bilhões foram investidos na infraestrutura dos serviços de saúde, além de R\$ 2 bilhões para 14 hospitais universitários. Foram destinados também R\$ 7,4 bilhões para construção de 6 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), para a reforma de 11,8 mil UBS, para a construção de 225 novas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), para a construção de 818 hospitais, e para a compra de 2.459 equipamentos.

Diante da proposta de suprir a carência de profissionais nas periferias de grandes cidades e no interior do país, no processo de preenchimento das vagas, em um primeiro momento, os brasileiros têm prioridade, porém, caso não sejam todas preenchidas, será aceita a participação de médicos estrangeiros.

Coincidentemente ou não, médicos cubanos são especialistas em atendimento básico, pois a medicina cubana é fundamentada em atenção básica de saúde e prevenção. Uma estratégia para atender à grande maioria dos pacientes e de obter ótimas estatísticas de saúde a um custo muito mais baixo.

Diante de intensa polêmica, a maioria da classe médica brasileira foi altamente crítica ao Programa, posicionando-se veementemente contra a vinda de médicos estrangeiros ao Brasil, principalmente sem revalidação do diploma, pois sustentam a sensação de perda de espaço e autonomia dos médicos brasileiros e risco para a saúde dos pacientes por eles atendidos.

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

De acordo com Netto (2018), no período imediatamente anterior ao programa, havia 1200 municípios com escassez de médicos (21,6% do total de municípios brasileiros). Já em setembro de 2015, após cerca de 2 anos, esse número caiu para 777 (14%), ressaltando-se que 272 dos municípios com carência não possuíam médicos do PMM. A redução da escassez entre 2013 e 2015 ocorreu em todas as regiões. No fim de 2015, 73% dos municípios em todos os estados estavam participando do programa e a melhoria do acesso foi percebida em muitas realidades

Além disso, cerca de 86% da população atendida pelo Sistema Único de Saúde afirmam que o atendimento melhorou depois de um ano da chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos. Os impactos positivos já podiam ser sentidos pela população. (FORMENTI, 2014).

Conforme Netto (2018), a região Nordeste foi uma das que mais recebeu médicos. Nessa região, a razão de médicos por 1000 habitantes passou de 1,23 em 2012 para 1,34 em 2014. Entre as regiões, a maior incorporação ocorreu na região Norte (52,8%). Os municípios com menos de 100.000 habitantes foram os que mais receberam médicos. A proporção de médicos do PMM nos municípios de extrema pobreza foi quase 3 vezes maior do que nas capitais e municípios mais ricos.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde apontam que o programa aumentou em 35% o número de atendimento em consultas na atenção básica, de 4.428.112 em janeiro de 2013 para 5.972.908 em janeiro de 2014. O atendimento de pessoas com diabetes também aumentou em 45%, passando de 587.535 em janeiro de 2013 para 849.751 em janeiro de 2014. No mesmo período houve um aumento no atendimento de pacientes com pressão arterial em 5% e consultas para o pré-natal em 11%. Além de uma redução no número de encaminhamentos para hospitais em 20%. Portanto, pode-se dizer que o Programa, em um breve período, teve mudanças significativas para com o atendimento da população mais carente (LABOISSIÈRE, 2014).

Segundo Netto (2018), em municípios de pequeno porte, foi possível alcançar uma cobertura por médicos de quase 100,0% da população. Contudo, ainda existem diferenças importantes na cobertura, a depender da região. Em 2012, havia um total de 6948 equipes, com cobertura de 77,9% para os municípios inscritos no programa. Em 2015, havia 8038 equipes e uma cobertura de 86,3%

nesses municípios. Nesse período, o crescimento no número de médicos foi menor do que 10% somente em cinco estados brasileiros: Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás e Pernambuco. Antes do programa, 12 estados tiveram aumento menor que 10%. De 2013 a 2016, foram criados 70 novos cursos de medicina (5540 novas vagas) em decorrência do PMM. Com isso, o número de vagas de medicina cresceu de 0,83 por 10.000 habitantes em 2012 para 1,07 por 10.000 habitantes em 2015. Mais de 54% das novas escolas situam-se nas regiões mais necessitadas desse profissional.

Como repercussão do PMM, houve aumento expressivo de vagas de residência, que duplicaram entre 2009 e 2014, com melhor distribuição pelo país. O aumento mais expressivo foi nas regiões Norte e Nordeste, onde também surgiram residências em especialidades antes inexistentes. Os estudos indicam mudanças significativas nos indicadores de saúde nos municípios que aderiram ao programa, como aumento no número absoluto de consultas, aumento de atendimentos a pessoas com tuberculose e hanseníase aumento das visitas domiciliares de médicos, redução na solicitação de exames e encaminhamentos para especialistas e aumento de consultas de pré-natal. Houve aumento de consultas médicas quando comparados os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2015. Nos municípios participantes do PMM, esse crescimento foi de 33%; nos demais, de apenas 15%. Embora não seja o único fator, o PMM influenciou significativamente para a melhoria desse dado (NETTO, 2018).

No entanto, a partir de dados encontrados em Gonçalves et al (2018), mesmo com avanços no provimento de médicos, um estudo com 1303 municípios do Nordeste mostrou que a incorporação desses médicos na APS resultou em menor elevação da razão de médicos do que o esperado, característica que se reproduziu em todos os estados da região, repercutindo, ainda, em pequena variação de cobertura das equipes de APS nesses estados.

Ressalta-se também, como ponto negativo, a falta de instalações e equipamentos adequados para o atendimento populacional, pois em certas regiões não há nem água potável, o que se questiona: como um médico pode submeter-se a tais condições de trabalho?

Segundo Campos (2016), o PMM não se propôs a alterar o isolamento da Atenção Básica e, portanto, a baixa capacidade do exercício da regulação e de coordenação dos médicos e equipes sobre o sistema de saúde. Apesar da ampliação do investimento em infraestrutura, ainda é insuficiente a capacidade de gestão dos municípios.

O PMM não avança na definição de carreiras para o SUS. A rotatividade profissional dos trabalhadores da saúde é alta, principalmente ocasionada pelos vínculos empregatícios precários e instáveis e pela terceirização da gestão dos serviços de saúde. Permanece o desafio de se ampliar o

olhar para além da assistência médica, buscando a interprofissionalidade e a intersetorialidade, mudança dos modelos gerencialistas de gestão e atenção, trazendo maior olhar da clínica ampliada e da promoção da saúde.



Atualmente, há 1 277 vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade distribuídas por todas as regiões, porém não em todos os estados. Contudo, apesar de terem dobrado entre 2009 e 2014, as vagas nessa especialidade têm ocupação baixa, com taxa de ociosidade em torno de 70%. Essa situação corrobora a percepção de que existe desinteresse pela APS por parte dos médicos (ALESSIO, 2016).

6.6 Programa de Regionalização das Políticas públicas de saúde no Ceará

Reconhecendo que historicamente a demanda sempre foi superior a oferta dos serviços de saúde, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA) passou a buscar formas de ampliar e facilitar o acesso dos usuários aos serviços, diminuindo filas de espera. Para isso optou-se pelo processo de descentralização das políticas Públicas de Saúde.

A instituição do SUS trouxe como orientação normativa a diretriz da descentralização dos serviços de saúde com acentuada institucionalização em seu desenvolvimento. Viana et al. (2008) apontam para a configuração de ciclos da descentralização das políticas de saúde no Brasil, com ênfase inicial na municipalização e, posteriormente, na regionalização. Para esses autores, a regionalização da saúde teria sido inaugurada com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, constituindo uma regionalização do tipo normativa e burocrática. (GOYA, 2016)

Figura 2 – A formação discursiva normativa da regionalização da saúde

REGIONALIZAÇÃO NORMATIVA BUROCRÁTICA (Viana e col., 2008)	REGIONALIZAÇÃO PACTUADA		REGIONALIZAÇÃO CONTRATUAL INTERFEDERATIVA COAP – REGIÕES DE SAÚDE		
Sem instrumento formal de contratualização de responsabilidades	Termo de Compromisso de Gestão (TCG): adesão individual de cada ente federado		Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: adesão dos entes federados com responsabilização compartilhada na Região de Saúde		
Organização regional: Microrregião de Saúde e Módulo Assistencial	Perspectiva: diversidade econômica, cultural e social para redefinição das “regiões de saúde”	Redes de Atenção à Saúde perpassando às Regiões de Saúde	Região de Saúde (RS): espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados		
Planos Diretor Regional e de Investimento (PDR e PDI) Programação Pactuada Integrada (PPI – inativada pela NOB 01/96)	Colegiado de Gestão Regional (CGR): pactuação regional PDR PDI PPI 	Organização e Funcionamento em Rede de Atenção à Saúde com definição de pontos de atenção e fluxos de referência Intermunicipal nas RS	Comissão Intergestores Regional (CIR): pactuação regional PDR – PDI Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASAS) Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) Mapa da Saúde RAS	COAP nas RS do Ceará e do Mato Grosso do Sul	Aditivo ao COAP nas RS do Ceará e do Mato Grosso do Sul
2001/2002	2006	2010	2011	2012	2013/2014
NOAS	Pacto pela Saúde	Portaria 4.279	Decreto 7.506	COAP/PACTO PELA SAÚDE/RAS	
Falta de planejamento regional	Ênfase ao planejamento e desenvolvimento integrado regional para enfrentamento das desigualdades socioeconômicas territoriais	 Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Implantação das Redes Temáticas: Cegonha; Urgência e Emergência; Psicossocial; Pessoas com Deficiência e Doenças Crônicas Ênfase ao planejamento regional integrado interfederativo; pactuação técnico-política e gestão cooperada Manutenção do Pacto pela Saúde nas RS sem adesão ao COAP, sendo também mantido o seu uso para as RS com COAP.		

Fonte: Goya (2018)

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Estado foi implementado pela inserção do Ministério da Saúde (MS) nesse processo através da edição Norma Operacional Básica do SUS - NOB/1993. Pelo fato do processo de municipalização da saúde no estado já se encontrar em um nível avançado, 80% dos municípios cearenses conseguiram atender as exigências do MS para adesão a essa política. (COELHO 2018).

A regionalização da saúde do Ceará, coordenada pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA), teve como um de seus marcos o documento “Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, em 1998, e que norteou a institucionalização do sistema de base regional, mantendo influência técnica e política até os dias atuais. (GOYA, 2018)

O Governo do Estado do Ceará, por meio da SESA, na perspectiva de fomentar as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, prestados pelos hospitais de média e alta complexidade, inicia em 2001, com o desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Ceará, a estratégia de apoio financeiro para custeio destes hospitais, por intermédio da Política Estadual de Incentivo Hospitalar – Hospital Polo. (ALCANTARA, et al, 2017).

Para o bom desempenho do PDR, também foi criado o Plano Diretor de Investimento (PDI), para garantir a melhor alocação dos recursos financeiros a serem investidos. Esse apoio financeiro objetivava facilitar e melhorar o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade, tendo nos Hospitais Polo a base para a classificação e oferta desses serviços.

A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (Pacto pela Saúde 2006, Portaria/GM n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006). (SESA, 2018)

Tal processo visa, ao descentralizar as ações e serviço de saúde, ser mais eficiente ao resolver os problemas dos prefeitos dos municípios do Ceará, pois cada um tem suas particularidades e dificuldades, podendo assim melhor assegurar a oferta a população dos serviços de que mais necessitam no atendimento de saúde e dessa forma garantir o direito do acesso a esse serviço a todos.

Dentre seus principais objetivos estão: garantir acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde; garantir a integralidade na atenção à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis complexidade do Sistema; reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos ou privilégios, produzindo uma discriminação positiva para os mais necessitados; fortalecer o papel dos estados e

dos municípios para que exerçam suas funções gestoras, visando racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos. (SESA, 2018).

Como era esperado, ao se implantar um programa de política pública no atendimento de média e alta complexidade, percebeu-se ainda mais as falhas de oferta desses serviços, como pode observar Coelho (2018), percebeu que em 2006, quando da elaboração do PDR para cumprimento das exigências do Pacto pela Saúde, mais uma vez foram verificados vazios assistenciais em relação a oferta de serviços ambulatoriais especializados de nível secundário assim como de internações de nível terciário e de alta complexidade em várias regiões.

O Governo Estadual, buscando reverter a situação de agravamento da saúde das pessoas residentes no interior, pela fragmentação do cuidado que deveria ser prestado de forma integral, estabeleceu como meta prioritária a expansão de serviços especializados instalados no interior para garantir o acesso aproximado do cidadão cearense a esses serviços de nível secundário e terciário, ditos de média e alta complexidade, respectivamente oferecidos nos municípios sede de Região de Saúde e de Macrorregiões de Saúde. Para alcançar essa meta, oito grandes programas foram desenvolvidas: (1) Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada a Saúde-PROEXMAES; (2) Requalificação e Expansão do Programa de Fortalecimento da Atenção Especializada; (3) Implantação e cofinanciamento de 25 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); (4) Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Litoral Leste; (5) Implantação de 413 leitos de retaguarda; (6) Implementação da política de doação de órgãos; (7) Expansão da oferta para prestação de serviços de acolhimento voluntário em regime de residência a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e (8) Implantação em 2014 do Projeto QUALISUS- Rede. (COELHO, 2018)

No entanto, nenhum desses 8 programas preocupou-se em investir na qualificação através de residência médica atrativa para os médicos, nem em reter os profissionais na localidade. Por esse motivo pode-se crer que a falta de efetividade da regionalização das políticas públicas de saúde do estado podem estar relacionada a essa falha.

Segundo Goya (2018), em 2015, o modelo regionalizado de saúde do Ceará esteve constituído por 22 microrregiões de saúde e cinco macrorregiões. Sendo assim, para um bom desempenho da política pública da regionalização da saúde no Ceará, faz-se necessário voltar-se para a análise dos problemas mais contundentes em todos os espectros, porém principalmente nos mais defasados (média e alta complexidade) de cada Macrorregião, bem como das particularidades das Microrregiões, para assim ser possível ações e serviços mais eficientes.

O Ceará, como reflexo de todo o País, historicamente investe mais do que a metade dos recursos destinados a saúde em atendimento secundário (de média complexidade) e terciário (de

alta complexidade). No período de janeiro de 2017 a junho de 2018, o estado investiu 67,5% dos recursos da saúde em assistência hospitalar e ambulatorial, evidenciando que de uma forma geral o SUS ainda é prevalentemente corretivo, e não preventivo (de atenção básica e acompanhamento) dado que para esse segmento, no mesmo período, foram destinados apenas 3,85% dos recursos, o que já é um avanço, pois no período de 2013 (início do PMM) a 2016 essa proporção era menos de 2%, mas ainda está longe de ser a proporção adequada para um sistema que está buscando inverter a forma de atender a população de média e alta para baixa complexidade.

Quadro 5 – Despesas Empenhadas na Saúde do Estado do Ceará (Jan/17 a Jun/18)

Despesas empenhadas na saúde no Estado do Ceará (Jan/17 a Jun/18)		
10 - Saúde	R\$ 3.188.376.111,00	100,00%
10.301 - Atenção Básica	R\$ 122.689.387,00	3,85%
10.302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 2.151.968.116,00	67,49%
10.303 - Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 88.954.319,00	2,79%
10.304 - Vigilância Sanitária	R\$ 33.097.211,00	1,04%
10.305 - Vigilância Epidemiológica	R\$ 16.721.212,00	0,52%
10.122 - Administração Geral	R\$ 738.363.912,00	23,16%

Elaborado pelo autor. Fonte: Finbra (2018)

Quadro 6 – Despesas Empenhadas na Saúde do Estado do Ceará (Jan/13 a Dez/16)

Despesas empenhadas na saúde no Estado do Ceará (Jan/13 a Dez/16)		
10 - Saúde	R\$ 2.356.537.961,00	100,00%
10.301 - Atenção Básica	R\$ 40.391.016,00	1,71%
10.302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	R\$ 1.283.948.186,00	54,48%
10.303 - Suporte Profilático e Terapêutico	R\$ 204.900.479,00	8,69%
10.304 - Vigilância Sanitária	R\$ 22.502.974,00	0,95%
10.305 - Vigilância Epidemiológica	R\$ 29.565.551,00	1,25%
10.122 - Administração Geral	R\$ 775.229.753,00	32,90%

Elaborado pelo autor. Fonte: Finbra (2018)

Isso corrobora a hipótese de que a transição do SUS para ser prioritariamente de atenção básica (fato que levará a reduzir os custos do cofre público) deve ser gradual, e assim inicialmente é preciso investir na capacidade de atendimento secundária e terciária (principalmente no que é mais carente – profissionais especializados) para atender a necessidade atual da população, enquanto os programas de atenção básica tenham fôlego para desempenhar sua função adequadamente, e paulatinamente, para os próximos 15 anos o público por eles atendido possam a demandar menos da assistência de média e alta complexidade e então se dê a transição desejada para que o SUS venha a ser majoritariamente de atenção básica, passando esse segmento a receber o maior percentual de investimento e assim proporcionar um maior bem-estar social, pois o Governo diminuiria seus custos e a sociedade seria mais bem amparada.

As políticas públicas para esse atual governo foram definidas tendo como base a avaliação de resultados do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada a Saúde - PROEXMAES, com execução iniciada no governo passado, que trata da implantação de equipamentos assistenciais de média e alta complexidade: Policlínicas, CEO e Hospitais Regionais; do Programa de Fortalecimento da Atenção Especializada em hospitais polos e hospitais estratégicos; da implantação das Redes Temáticas; dos processos da Assistência Farmacêutica Básica, Secundária e Especializada e da Infraestrutura das Unidades da SESA (COELHO, 2018).

Porém, mais uma vez, se observa a não importância para a problemática da formação de profissionais aptos para trabalhar nesses segmentos, bem como em elaborar políticas atrativas para reter esses profissionais na região, contribuindo para a desconcentração demográfica médica no estado do Ceará. Logo, evidencia-se a importância de sugestões para solucionar esse vazio ainda não observado.

6.7 Sugestões para uma maior eficiência do PMM no Estado do Ceará

A Agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que deve ser implementada por todos os países do mundo durante os próximos 15 anos, até 2030, dentre os 17 estabelecidos destaca-se o Objetivo 3: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Para o alcance desse objetivo a expectativa é de que o Ceará trabalhe com a integração das agendas intersetoriais. (COELHO et al, 2018)

Por todas as razões já discutidas, viu-se que o PMM foi a política pública mais eficiente, até então, para solucionar os problemas de precarização da atividade médica e da saúde dos usuários, bem como da concentração demográfica da classe médica nos grandes centros urbanos e capitais. Mais médicos nas localidades mais distantes e humildes, melhora na infraestrutura de atendimento,

mais disponibilidade de exames e medicamentos e possibilidade de concessão de título de residência médica foram os principais indicadores de melhora no atendimento e que levou a desconcentração dos médicos.

O título de especialista em Medicina da Família e da Comunidade foi criado, dentre outros motivos, para atrair os médicos sem que o Estado pudesse investir o mínimo de Recursos possíveis para disponibilizar uma RM (Staff/professor, recursos, instrumentos, equipamentos e estrutura).

No entanto, o maior problema, e talvez o fator determinante para a não eficiência / efetividade do programa foi o tipo de Residência médica ofertado pelo PMM. A Residência de Saúde da Família e da Comunidade não desperta o interesse médicos como as outras RM despertam. Isso se deve, em parte, pela falta de reconhecimento do profissional que trabalha na atenção básica, em detrimento dos que possuem consultório próprio e dos que se especializam em áreas que permitem a realização de cirurgias e procedimentos de alta tecnologia, pelos quais se podem cobrar altos valores por parte do profissional médico que se propõe a fazê-lo.

A Estratégia Saúde da Família já se tornou o maior fator de interiorização de profissionais de saúde no Brasil, mas ha problemas por exemplo com os médicos, em grande parte recém-formados ou em final de carreira. Observou-se também “uma segregação entre o trabalhar como médico do PSF e o ser considerado médico: ter uma especialidade (ideário de muitas décadas)”. Admite-se que “ser médico do PSF não seja a meta nem dos que estão iniciando a graduação em Medicina, nem dos formandos. Além de haver uma certa hostilidade dos médicos especialistas em relação a seus colegas do PSF”. No cotidiano, o desprestígio se objetiva, por exemplo, pelas “dificuldades de contra referência de encaminhamentos realizados”, visto como “fator comunicacional” (GUGLIELMI, 2006 apud COSTA LIMA, 2013, apud COELHO E LIMA, 2018).

Grande parte dos médicos não conseguem dar continuidade aos estudos pela carência de vagas de RM, e por isso acabam optando pela especialidade de Saúde da Família e da Comunidade. De acordo com a Tabela 2 percebe-se que a quantidade de vagas em RM ofertada pela UFC total anual é de 516, sendo 407 de acesso direto e 109 que exigem pré-requisito. Nesse valor já estão incluídas 79 vagas de Medicina da Família e da Comunidade (número esse que aumentou consideravelmente após a implementação do PMM).

Antes do surgimento das faculdades particulares de Medicina no Ceará, existia uma oferta de 400 vagas de graduação pelas Universidades Públicas (Tabela 1), porém com o advento das faculdades particulares, foram acrescidas mais 600 vagas de graduação médica, anualmente, sem nenhum acréscimo de vagas para Residência médica por parte dessas faculdades particulares. Portanto, esses novos profissionais passaram a experimentar uma enorme dificuldade em adentrar em alguma residência médica, e a oportunidade dos títulos de Médico da Família e da Comunidade

passou a ter uma certa atratividade, pois seria uma forma de continuarem os estudos. Não só os médicos desejam realmente títulos que possam agregar-lhes valor e abrir suas possibilidades de conhecimento e empregabilidade.

De acordo com dados obtidos no site da PSU-PESMED/CE (2018), pode-se verificar, conforme se vê na Tabela 4, que as únicas vagas ociosas dentro das áreas de RM são as vagas de Medicina da família e Comunidade, evidenciando o desinteresse dos médicos por essa especialidade.

Quadro 7 – Relação de Inscritos por vagas de RM no Ceará (2018)

Especialidade	Inscritos	Vagas	Vagas Ociosas	Concorrência
Neurocirurgia	67	3	0	22,3
Oftalmologia	114	6	0	19,0
Dermatologia	146	8	0	18,3
Otorrinolaringologia	90	5	0	18,0
Cirurgia Cardiovascular	29	2	0	14,5
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	151	11	0	13,7
Anestesiologia	256	21	0	12,2
Neurologia	92	10	0	9,2
Psiquiatria	175	20	0	8,8
Ortopedia e Traumatologia	111	14	0	7,9
Radioterapia	7	1	0	7,0
Cirurgia Geral	290	44	0	6,6
Clínica Médica	382	66	0	5,8
Obstetrícia e Ginecologia	183	41	0	4,5
Pediatria	212	52	0	4,1
Medicina de Emergência	21	6	0	3,5
Patologia	20	6	0	3,3
Infectologia	13	4	0	3,3
Medicina de família e Comunidade	34	94	60	0,0

Fonte: Resmed/CE (2018)

Diante disso, esse estudo sugere que as vagas de residência que PMM pretende aumentar passem a ser para as especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia. Essas três residências têm capacidade de solucionar uma demanda dupla, por um lado Fazer Clínica Médica ou Cirurgia Geral garantem aos médicos os cursos de pré-requisito para que possam, posteriormente, adentrar em uma subespecialidade, assim como o curso de Anestesiologia que é necessário para o bom e correto funcionamento/andamento do curso de Cirurgia Geral; por outro lado as comunidades teriam à sua disposição, não só médicos que possam fazer a atenção básica, mas cirurgias de baixa e média complexidade, o que possibilita um ganho de tempo essencial para salvar vidas (pois não seria necessário grande quantidade de remoções em ambulância para os

grandes hospitais regionais), além de externalidades positivas, pois tais hospitais de referência não ficariam sobrecarregados.

O Conselho Federal Medicina (CFM) preconiza que todos os cursos de graduação de medicina possuam/mantenham hospitais nos quais podem acontecer internatos e residências médicas. No entanto, nenhuma das universidades particulares em atuação no Estado do Ceará criou tais hospitais. Seus alunos passaram a fazer seus internatos em hospitais públicos por meio de convênios (o governo quase que compelido pela grande necessidade de profissionais no mercado, cedeu a essa exigência, liberando os convênios).

Uma vez que o governo passa por problemas devido à dívida pública crescente, e já que a PEC 241 ou 55 impele um teto para os gastos para os próximos 20 anos, vê-se nesse momento uma oportunidade do governo fazer uma Parceria Público Privada (PPP) com tais faculdades particulares, criando leis federais e estaduais que regulem o investimento dessas instituições nos hospitais e demais unidades de saúde para que, assim, as faculdades particulares possam custear com os gastos de criar e manter as RM acima sugeridas nas cidades do Estado do Ceará, já que até o presente momento ainda não criaram seus hospitais para a prática do internato médico de seus alunos da graduação.

O PMM atingiu 176 dos 184 municípios cearenses (somente os municípios Aiuaba, Aquiraz, Araripe, Barro, Caridade, Caririaçu, Eusébio, Granjeiro, Groáiras, Nova Olinda, Paraipaba e Varjota não haviam aderido até o ano de 2018). Essa abrangência de quase todos os municípios do Ceará deve ser mantida pelo programa, e essa pesquisa visa sugerir que as três RM recomendadas atinja também todos esses municípios.

O Estado do Ceará conta com cinco Macrorregiões (de Fortaleza, Cariri, Vale do Jaguaribe, Sertão Central e Sobral). Quatro delas já possuem seus grandes Hospitais regionais e de referência. A última Macrorregião contemplada com o Hospital Regional é a do Vale do Jaguaribe, que tem sua construção em andamento na cidade de Limoeiro do Norte. Esses Hospitais seriam, juntamente às Universidades Públicas e Particulares, o apoio necessário para a implementação das Residências Médicas em Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia.

Visando uma boa explanação desta sugestão, esse trabalho traz um exemplo de como se dariam essas distribuições nas seguintes Macrorregiões: Vale do Jaguaribe, Sertão Central, Cariri e Sobral, já que a de Fortaleza já apresenta as vagas ofertadas pela UFC e já possui uma grande concentração de médicos. Além disso, recomendam-se cursos de graduação em Medicina nas Cidades de Quixeramobim e Limoeiro do Norte, ambos com 20 vagas, pois isso também contribuirá para desconcentrar a demografia dos médicos que virão a se formar, que é um dos principais objetivos almejados tanto pelo PMM, promover a melhor distribuição dos médicos e levá-los às

localidades mais necessitadas, que são carentes de profissionais e ainda tiveram a redução do número de leitos recentemente.

Segundo Coelho (2018), em decorrência do fechamento de vários hospitais privados integrantes do Setor Complementar do SUS no Cariri, em 2016, houve uma redução de 384 leitos (11,6%) em relação a 2008. É importante ressaltar que, embora tenha havido uma redução do número de leitos, a razão do número de leitos do SUS por mil habitantes nessa Macrorregião de Saúde, em 2016, é a mais elevada no Estado (1,99/1000 hab.). Outro ponto relevante é que na MR Sobral foi registrado um aumento no número de leitos nesse período, mas a Região tem a mais baixa oferta de leitos (1,59/1000 hab.). As coberturas nas MR Litoral Leste Jaguaribe (1,69/1000 hab.), MR Fortaleza (1,67/1000 hab.) e MR do Sertão Central (1,63/1000 hab.) foram abaixo da média do Estado (1,70 leitos por mil habitantes).

Na contramão da redução do número de leitos, conforme exposto por Coelho e Lima (2018), o grande investimento realizado pelo Governo do Estado do Ceará na provisão de serviços especializados através da construção das Policlínicas e dos Hospitais Regionais e do reaparelhamento dos Hospitais Estaduais, possibilitaram a ampliação da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, disponibilizando para população cearense serviços mais resolutivos no SUS. A quantidade dos equipamentos disponíveis no SUS em 2016 teve um acréscimo significativo em relação a quantidade cadastrada em 2008, sendo: Mamógrafos de 66,6%, Raio X de 29,1%, Tomógrafo de 96,8%, Ressonância de 128,65% e Ultrassom de 38,6%.

Esses resultados foram impulsionados pelas Políticas do Governo Estadual de expandir a Rede Especializada de Saúde, através da implantação de Policlínicas, Centros Especializados de Odontologia (CEO), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e Hospitais Regionais e do Governo Federal de expandir a cobertura da Atenção Básica, através da contratação de profissionais médicos, como pelo Programa Mais Médico. No entanto, se o indicador razão médico por habitante for desagregado serão encontradas grandes desigualdades na disponibilidade de médicos dentro do próprio estado do Ceará. (COELHO E LIMA, 2018)

Uma questão que merece ser destacada é o grande número de consultas de Emergência Pré-Hospitalar e de Trauma, que teve uma participação sobre o total de consultas especializadas acima de 68% no período estudado, chegando a 75,4% em 2016. Essa situação deveria ser enfrentada pelos gestores do SUS, pois a mesma fragiliza o processo de vinculação do paciente às Unidades Básicas, bem como a regulação do acesso assistencial aos serviços de maior complexidade no Sistema (COELHO E LIMA, 2018)

Contudo isso, percebe-se a importância de uma prioridade de políticas públicas que priorizem essas localidades e que invistam na qualificação e retenção de profissionais qualificados

para o atendimento básico, bem como para os setores de média e alta complexidade (Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia), e não, como existe já esse projeto de lei, obrigar que todos os novos médicos formados façam a residência médica em Medicina da Saúde da Família e da Comunidade, como pré-requisito de qualquer Residência Médica (passando a ser um pré-requisito obrigatório para as RM que hoje são de acesso direto), tirando o livre-arbítrio do médico, impelindo cursar essa especialidade através do PMM.

Dessa forma, sugere-se uma distribuição que, se executada como um novo programa piloto do governo do Estado do Ceará, permitirá que todos os municípios atendam a quantidade mínima de médicos por habitantes que é preconizada pela OMS, contribuirá para a distribuição da classe médica atuante no estado, alocar profissionais qualificados para atuar em média e alta complexidade, aproveitando melhor os recursos físicos já investidos pelo PMM, potencializará o atendimento médico, mitigando a precarização do SUS no Ceará, e melhorando o mercado de trabalho para os médicos atuarem de forma a potencializar a saúde da população.

Quadro 8 – Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião do Vale do Jaguaribe

Localidade	Vagas Clínica Geral	Vagas Cirurgia Geral	Vagas Anestesiologia	Soma	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 15 Supondo que 50% permaneça na região	População atual	Relação Médico / 1000 Habitantes após 15 anos
Limoeiro do Norte	5	1	1	7	7	14	21	63	58915	1,07
Russas	7	1	1	9	9	18	27	81	76475	1,06
Aracati	7	1	1	9	9	18	27	81	73629	1,10
Morada Nova	5	1	1	7	7	14	21	63	61548	1,02
Jaguaribe	2	1	1	4	4	8	12	36	34448	1,05
Jaguaruana	2	1	1	4	4	8	12	36	33740	1,07
Tabuleiro do Norte	2	1	1	4	4	8	12	36	30489	1,18
Quixeré	1	1	1	3	3	6	9	27	21876	1,23
Icapui	1	1	1	3	3	6	9	27	19685	1,37
Jaguaretama	2	0	0	2	2	4	6	18	17958	1,00
Alto Santo	2	0	0	2	2	4	6	18	16976	1,06
Fortim	2	0	0	2	2	4	6	18	16272	1,11
Pereiro	2	0	0	2	2	4	6	18	16163	1,11
Iracema	2	0	0	2	2	4	6	18	14125	1,27
Jaguaribara	2	0	0	2	2	4	6	18	11295	1,59
Palhano	2	0	0	2	2	4	6	18	9285	1,94
Itaçuaba	1	0	0	1	1	2	3	9	7738	1,16
São João do Jaguaribe	1	0	0	1	1	2	3	9	7621	1,18
Erere	1	0	0	1	1	2	3	9	7163	1,26
Potiretama	1	0	0	1	1	2	3	9	6356	1,42
Total	50	9	9	68	68	136	204	612	541757	1,13

Elaborado pelo autor Fonte: IBGE (2018)

Quadro 9 - Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião do Sertão Central

Localidade	Vagas Clínica Geral	Vagas Cirurgia Geral	Vagas Anestesiologia	Soma	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 15 Supondo que 50% permaneça na região	População atual	Relação Médico / 1000 Habitantes após 15 anos
Quixadá	8	1	1	10	10	20	30	90	86605	1,04
Quixeramobim	7	1	1	9	9	18	27	81	78658	1,03
Canindé	7	1	1	9	9	18	27	81	77514	1,04
Tauá	5	1	1	7	7	14	21	63	58119	1,08
Boa Viagem	4	1	1	6	6	12	18	54	54049	1,00
Pedra Branca	3	1	1	5	5	10	15	45	42841	1,05
Parambu	2	1	1	4	4	8	12	36	31137	1,16
Senador Pompeu	1	1	1	3	3	6	9	27	26447	1,02
Caridade	1	1	1	3	3	6	9	27	22320	1,21
Itatira	1	1	1	3	3	6	9	27	20675	1,31
Madalena	1	1	1	3	3	6	9	27	19800	1,36
Solonópole	1	1	1	3	3	6	9	27	18158	1,49
Banabuiu	2	0	0	2	2	4	6	18	18027	1,00
Aiuaba	2	0	0	2	2	4	6	18	17194	1,05
Choro	2	0	0	2	2	4	6	18	13384	1,34
Ibaretama	2	0	0	2	2	4	6	18	13218	1,36
Milhã	2	0	0	2	2	4	6	18	13136	1,37
Ibicuitinga	2	0	0	2	2	4	6	18	12350	1,46
Arneiroz	1	0	0	1	1	2	3	9	7777	1,16
Total	54	12	12	78	78	156	234	702	631409	1,11

Elaborado pelo autor Fonte: IBGE (2018)

Quadro 10 - Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião de Sobral

Localidade	Vagas Clínica Geral	Vagas Cirurgia Geral	Vagas Anestesiologia	Soma	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 15 Supondo que 50% permaneça na região	População atual	Relação Médico / 1000 Habitantes após 15 anos
Sobral	12	6	6	24	24	48	72	216	205529	1,05
Camocim	4	2	2	8	8	16	24	72	66929	1,08
Santa Quitéria	3	1	1	5	5	10	15	45	43360	1,04
Ipu	3	1	1	5	5	10	15	45	41576	1,08
Itarema	3	1	1	5	5	10	15	45	41230	1,09
Guaraciaba do Norte	3	1	1	5	5	10	15	45	39445	1,14
Massape	3	1	1	5	5	10	15	45	38210	1,18
Ubajara	2	1	1	4	4	8	12	36	34332	1,05
Santana do Acaraú	2	1	1	4	4	8	12	36	32023	1,12
Independência	1	1	1	3	3	6	9	27	25967	1,04
Tamboril	1	1	1	3	3	6	9	27	25525	1,06
Ibiapina	1	1	1	3	3	6	9	27	24825	1,09
Coreaú	1	1	1	3	3	6	9	27	23107	1,17
Croata	2	0	0	2	2	4	6	18	17874	1,01
Carnaubal	2	0	0	2	2	4	6	18	17631	1,02
Ipaporanga	2	0	0	2	2	4	6	18	11499	1,57
Pacuja	1	0	0	1	1	2	3	9	6202	1,45
Total	46	19	19	84	84	168	252	756	695264	1,09

Elaborado pelo autor Fonte: IBGE (2018)

Quadro 11 - Distribuição das Vagas de RM na Macrorregião do Cariri

Localidade	Vagas Clínica Geral	Vagas Cirurgia Geral	Vagas Anestesiologia	Soma	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 15 Supondo que 50% permaneça na região	População atual	Relação Médico / 1000 Habitantes após 15 anos
Juazeiro do Norte	12	6	6	24	24	48	72	216	205529	1,05
Iguatu	5	2	2	9	9	18	27	81	66929	1,21
Quixelo	3	1	1	5	5	10	15	45	43360	1,04
Jucas	3	1	1	5	5	10	15	45	41576	1,08
Jati	3	1	1	5	5	10	15	45	41230	1,09
Missão Velha	3	1	1	5	5	10	15	45	39445	1,14
Deputado Irapuan Pinheiro	3	1	1	5	5	10	15	45	38210	1,18
Lavras da Mangabeira	2	1	1	4	4	8	12	36	34332	1,05
Antonina do Norte	2	1	1	4	4	8	12	36	32023	1,12
Piquet Carneiro	1	1	1	3	3	6	9	27	25967	1,04
Campos Sales	1	1	1	3	3	6	9	27	25525	1,06
Santana do Cariri	1	1	1	3	3	6	9	27	24825	1,09
Cedro	1	1	1	3	3	6	9	27	23107	1,17
Assare	2	0	0	2	2	4	6	18	17874	1,01
Acopiara	2	0	0	2	2	4	6	18	17631	1,02
Jardim	2	0	0	2	2	4	6	18	11499	1,57
Tarrafas	1	0	0	1	1	2	3	9	6202	1,45
Várzea Alegre	1	0	0	1	1	2	3	9	6202	1,45
Total	48	19	19	86	86	172	258	774	701466	1,10

Elaborado pelo autor Fonte: IBGE (2018)

Percebe-se, com tal distribuição, que é possível atingir, em média, o número mínimo de médicos por habitante preconizado pela Organização Mundial da Saúde: um médico para cada 1000 habitantes conforme se explica a seguir.

Essas RM devem ter a duração de três anos, sendo os dois primeiros de curso/aula e atendimento, e o último ano seria constituído somente de atendimento em suas respectivas áreas. Após concluídos esse prazo e as demais exigências do curso, o título poderia ser emitido. Com o ciclo de reposição anual desses profissionais, ao fim dos três anos de RM, se o Estado conseguir manter uma política de retenção desses médicos, criando um plano de carreira para o SUS e, supondo-se assim que, com a criação desses vínculos, 50% desses profissionais, por exemplo, permaneçam na cidade ou macrorregião onde cursaram a RM, em 15 anos de programa, seria possível atingir, a recomendação da OMS de dispor, no mínimo, de 1 médico para cada 1000 habitantes, bem como solucionar o problema da má distribuição da demografia médica no Ceará, mitigando a precarização do atendimento e do mercado de trabalho para o exercício da profissão médica.

7 CONCLUSÃO

Partindo dos dados apresentados nesse estudo sobre a precarização do atendimento em saúde no país, conclui-se que muitos esforços já foram feitos, por parte do Estado, no sentido de proporcionar uma saúde mais digna à população, no entanto, percebe-se também que muito ainda há de ser feito para que se alcance um modelo de saúde ideal para toda a sociedade brasileira.

A desigualdade na distribuição dos profissionais médicos em território nacional também é um problema que vêm sendo combatido através de diversas medidas já implementadas pelo Estado, e esse combate teve um grande avanço com a implementação do Programa Mais Médicos, porém, como apresentado neste estudo, é evidente que precisamos ainda crescer muito no sentido de desconcentrar esses profissionais das capitais e grandes centros urbanos do país.

Avaliando o impacto causado pelo Programa Mais Médicos na saúde da população brasileira, percebe-se que alguns resultados foram positivos, como o aumento do número de médicos no país, uma melhor distribuição desses profissionais nas diversas regiões do território nacional, a diminuição das filas de espera nos atendimentos, o aumento no número de consultas de atenção básica, o aumento no número de pré-natal e também nas consultas de diabetes e pressão arterial, dentre outros.

Entretanto, faz-se necessário a ampliação do programa, com novas medidas, objetivando o fortalecimento e incentivo aos estudos médicos diante das necessidades básicas populacionais, bem como as de média e alta complexidade. Políticas públicas de saúde devem ser levadas a sério e devem ser prioridade, porque por meio delas, visa-se obter uma vida digna para todos.

Apesar de apresentar melhorias, o PMM, não repercutiu como esperado ou repercutiu de forma limitada. Supõe-se que tal limitação pode estar associada ao fato de não tornar mais atrativa, para o profissional médico, a migração para as áreas do interior do estado, pois criou vagas de RM em Medicina da Família e da Comunidade, enquanto três das cinco áreas de especialização mais procuradas por estes profissionais são: Clínica Médica, Cirurgia Geral e Anestesiologia. Acredita-se também que, por não buscar outras fontes de recursos como a parceria com instituições particulares, como sugerido neste estudo, o programa ainda não pôde obter mais avanços.

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

Ressalta-se que este estudo foi limitado pela escassez de pesquisas na área, e as existentes, por vezes, estão desatualizadas, não permitindo uma visão mais concreta do futuro, sugerindo que pesquisas futuras sejam realizadas em campo, com vistas a trazer uma visão mais realista sobre a viabilidade da criação de novas vagas de RM no interior do Ceará e a distribuição dos profissionais médicos neste estado, como sugerido neste trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, C. E. M., et al. **Fortalecimento da Política pública Estadual de Regionalização das ações e Serviços de Saúde dos Hospitais Polos no Estado do Ceará**. Fortaleza, Ceará, 2017.
- ALÉSSIO MM, Sousa MF. **Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos**. *Physis*. 2016;26(2):633-67.
- AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL (ANFIP). **Análise da Seguridade Social em 2006**: Brasília: ANFIP; 2007.
- ASSIS, D. N. C., LINHARES, F. C. BARRETO, F. A. F. D. **Descentralização e Resultados na Saúde Infantil no Brasil**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) CAEN/UFC
- BRUE, S. L. **História do Pensamento Econômico**. São Paulo – SP. Editora: Thompson Learning, 2005.
- BUSCAJUS. **Salário Mínimo – Período 2000 a 2015**. Disponível em: <http://buscajus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2319&catid=8> Acesso em: 19 de set. 2018.
- BUSSAD, T. F. S. **Leitura com médicos: a educação da sensibilidade pela estética**. 2006. Dissertação (Mestrado em Letras) – Departamento de Letras, Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- COELHO, V. M. C.; LIMA A. R. C. et al, Relatório Final, **Estudo Especial Setorial: Saúde**. – Ceará 2050. 2018
- E-MEC. **Vagas de graduação em Medicina no Ceará em Atividade**. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acesso em 22/11/2018
- FAVERET, A. C. S. C. **A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 371-378, 2003.
- FILHO, M.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**. Brasília: Fiocruz, 2004, v. 2 p. 139-159.
- FRANÇA, G, V. **A evolução social do médico no Brasil**. 40ª Convenção Nacional da UNIMED, Goiânia 22 a 24 de setembro, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5500754.pdf> Acesso em: 20 de set. 2018.
- GIRARDI, S. Nicolau. **O perfil do "emprego" em saúde no Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 423-439, Dec. 1986.
- GONÇALVES, T. E. **Região Metropolitana de Fortaleza: o município de Caucaia na dinâmica de integração e mobilidade Intrametropolitana**. *Rev. Caminhos da Geografia*, Uberlândia v. 12, nº 40, dez, 2011, p. 144-154.

GONÇALVES RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Brito-Silva K, Santos LX, et al. **Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde.** *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2815-24.

GOYA, N. et al. **Regionalização da Saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidade.** *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.4, p.902-919, 2016

GUSMÃO, S. **História da Medicina: Evolução e Importância.** Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

IBGE. **Município de Fortaleza.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama> Acesso em 21 de set. 2018.

LEVY, D.R., SANTOS, C.E.G. **O Programa Mais Médicos e os Impactos na Saúde da População Brasileira.** São Paulo: São Paulo, 2015.

MACHADO, M.H., coord. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p.

MACIEL, R. H. et al. **Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 950-956, Out. 2010

MANKIW, N.G. **Introdução à Economia. Tradução da 5ª edição norte-americana.** São Paulo. Editora Cengage Learning, 2009.

MEDICI, A. C. **Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, Dec. 1986. p. 409-422.

MELO, C.F., BAIÃO D.C., COSTA M.C. **A percepção dos usuários cearenses sobre o programa mais médicos.** *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, v.10, n.26, p. 1302-1312 Maio/Agosto - 2016 ISSN 1980-5756

MOURÃO Netto JJ, RODRIGUES ARM, ARAGÃO OC, GOYANNA NF, CAVALCANTE AES, VASCONCELOS MAS, et al. **Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa.** *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e2. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2>

NETO, J. M. et al. **O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado.** Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS -, Fortaleza, 2006.

NOGUEIRA. R. P. **A força do trabalho em saúde.** *Revista de Administração Pública*, 17 (3), jul/set., 1983, p. 61-70.

O POVO. **Fortaleza tem a Região Metropolitana mais populosa do Nordeste, diz IBGE.** Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2018/08/fortaleza-tem-a-regiao-metropolitana-mais-populosa-do-nordeste.html> Acesso em: 21 de set. 2018.

OLIVEIRA et al. **A Saúde Coletiva na Formação dos Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, nº 3; 2011, p. 398-404.

PORTAL MÉDICO. **População x Médicos**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/inclui-de/biblioteca_virtual/abertura_escolas_medicina/007.htm Acesso em 21 de nov. 2018.

RESMED. **Vagas de residência médica de acesso direto na UFC**. Disponível em: https://www.resmedceara.ufc.br/ares/processo_seletivo/2019/aviso-de-edital-n-o-012018-acesso-direto. Acesso em 22/11/2018

RESMED. **Vagas de residência médica com pré-requisito na UFC**. Disponível em: https://www.resmedceara.ufc.br/ares/processo_seletivo/2019/psu-resmed-ce-2019/pre-requisito-2019/aviso-de-edital-n-022018-pre-requisito. Acesso em 22/11/2018

RESMED. **Relação de inscritos por especialidade**. Disponível em: <https://www.resmedceara.ufc.br/ares/wp-content/uploads/2017/11/RELA%C3%87%C3%83O-DE-PARTICIPANTES-POR-ESPECIALIDADE-PSU-RESMED-CE-2018.pdf>. Acesso em 22/11/2018

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, os construtores da moderna medicina. pp. 181-200. 2009. ISBN 978-85-61673-63-5.

SANTOS, N.R. dos. **Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada**. O mundo da Saúde. São Paulo: 2010.

SANTOS, A. O., et al. **Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(1):e00194815, jan, 2016

SARRIS, A. BIFF et al. **O papel do médico na visão da sociedade do século XXI: o que realmente importa ao paciente?** Rev. Visão Acadêmica, Curitiba, v. 18, nº 1, Jan – Mar/ 2017 – ISSN 1518-8361

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2013**, São Paulo, SP 2013, 256 p.; ISBN 978-85-87077-29-5

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo, SP 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SESA. **Regionalização da Saúde**. Disponível em: http://cns.saude.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=120. Acesso em 08 de dezembro de 2018.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

TEXEIRA, F. J. S. **Trabalho e Valor: Contribuição para a crítica da razão econômica**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004. v.1. 151p.

VIANA, A. L. D. et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIOTTI, A. C. C. **AS PRÁTICAS E OS SABERES MÉDICOS NO BRASIL COLONIAL (1677-1808)**. 2012. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista.