

FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA A ÁREA DA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

INTRODUÇÃO

Este artigo trata da formação de profissionais para a área da saúde em tempos de Covid-19. Apresenta algumas reflexões sobre a realidade de saúde que foi agravada a partir de fevereiro de 2020, com a chegada do novo coronavírus ao Brasil, e em 11 de março de 2020, quando a OMS declarou a Covid-19 como uma pandemia.

Vale a sugestão da coletânea *Coronavírus e o impacto na educação superior brasileira*, disponível para *download* gratuito no portal www.eduxconsultoria.com.br. Publicada em sete *e-books*, a coletânea detalha os vários aspectos inerentes à pandemia da Covid-19.

A formação de profissionais para a saúde envolve duas áreas extremamente importantes e que interferem diretamente nas condições de vida das pessoas: educação e saúde.

Assim, a formação em saúde deve considerar todos os atos normativos da educação, em primeiro plano porque estamos falando de formação, mas também porque é necessário considerar os atos normativos da saúde. Nesse contexto, que envolve a educação e a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, é o fundamento principal para todos os cursos de graduação em saúde, sendo o referencial que embasa tanto a formação como o exercício profissional.

Isso se confirma nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Saúde, do Conselho Nacional de Educação (CNE), e na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 287, de 8 de outubro de 1999, que assumem as seguintes premissas:

1. Saúde é direito de todos e dever do Estado, ampliando essa compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social.

2. A ação em saúde é interdisciplinar e multiprofissional, tendo o SUS como fundamento principal.

3. A Resolução do CNS n. 287 define as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Vale destacar, ainda, que a formação em saúde demanda um arcabouço teórico inovador, além de recursos tecnológicos de última geração. É formação teórico-prática que articula ensino-serviço durante todo o curso, que, na sua maioria, tem carga horária e tempo de integralização longos, na faixa de 4.000 a 7.200 horas em cinco a seis anos. Essas especificidades dos cursos da saúde exigem docentes e técnicos preparados e competentes, investimentos de várias naturezas, além de período longo para a formação profissional. Assim, não dá para improvisar. As políticas públicas precisam prever todas as situações que envolvem ou que poderão envolver a formação em saúde, que é complexa, dinâmica e intersetorial.

Podemos afirmar que a análise referente aos cursos da área da saúde, especialmente medicina, não pode levar em conta apenas o quantitativo de profissionais com registro profissional. Essa análise deve ser muito mais abrangente e qualitativa devido às várias especificidades dessa temática. Como sabemos, há muitos profissionais de saúde que, apesar do registro profissional, não atuam diretamente na assistência à saúde no SUS. Muitos profissionais estão liberados para atuar exclusivamente em entidades de classe (conselhos, sindicatos, partidos políticos etc.) ou em instituições de Educação Superior, de pesquisa ou em outras realidades.

Nesse sentido, vários estudos e documentos oficiais revelam que a carência de profissionais de saúde no Brasil não é recente. É na verdade um problema crônico, que tem dificultado a implementação de vários pro-

gramas e projetos vinculados ao SUS. Com a pandemia da Covid-19, essa situação se agravou, chegando a pôr em risco a qualidade da assistência prestada à população nas cinco regiões brasileiras.

POLÍTICAS PÚBLICAS E CURSO DE MEDICINA

Nesse contexto, o curso de medicina tem sido alvo de políticas públicas que visam impedir a sua expansão, independentemente da qualidade da instituição de Educação Superior (IES) e da precária realidade sanitária brasileira.

Antes da pandemia, a situação da formação médica no Brasil já era preocupante devido, principalmente, ao fato de o MEC ter fechado o sistema e-MEC em 2013 para abertura de novos processos de autorização de cursos de medicina. Esse fechamento permanece até os dias atuais, independentemente da qualidade da IES e do perfil epidemiológico da região. Essa decisão levou à redução significativa de formados em medicina para atuar no SUS.

O fechamento do sistema e-MEC ocorreu, inicialmente, por meio da Portaria Normativa n. 1, de 25 de janeiro de 2013, que estabeleceu o calendário regulatório de 2013, excluindo a possibilidade de protocolo de pedidos de autorização de cursos de medicina. Esse ato de fechamento foi reproduzido anualmente, sendo o mais recente a Portaria n. 1.067, de 23 de dezembro de 2021, que estabelece o calendário anual de abertura do protocolo de ingresso de processos regulatórios no Sistema e-MEC em 2021.

Art. 8º: Os pedidos de autorização de cursos de medicina serão regidos pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, e outros instrumentos normativos específicos, conforme o caso, não seguindo os trâmites e prazos previstos nesta Portaria.

Parágrafo único: Os pedidos de aumento de vagas em cursos de medicina observarão o disposto na portaria MEC n. 328, de 5 de abril de 2018, não seguindo os trâmites e prazos previstos nesta Portaria.

A alternativa do governo federal foi criar o *Programa Mais Médicos*, por meio de Medida Provisória convertida na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, sendo um dos seus objetivos suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DE CURSOS DE MEDICINA

Art. 3º: A autorização para o funcionamento de curso de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada, será precedida de chamamento público, e caberá ao Ministro de Estado da Educação dispor sobre: (...)

Até a presente data, foram publicados quatro editais (2014, 2015, 2017 e 2018) para criação de novos cursos de medicina pelo *Programa Mais Médicos*. O edital de 2018 foi em substituição ao de 2015, cancelado por conta de disputas judiciais.

Vários estudos, bem como o Tribunal de Contas da União (TCU), revelaram que os objetivos do programa não foram alcançados. Voto da relatora Ana Arraes, do TCU (Acórdão TCU n. 1.869/2016), no julgamento das representações apresentadas após o primeiro edital, a ADI 5037, crítica a politicagem nos municípios para que eles fossem selecionados para a abertura dos cursos.

Os argumentos de Ana Arraes, em síntese, foram:

152. Contrariamente ao que afirma a Seres/MEC, a política educacional implantada não traz expansão de mercado para oferta de cursos de Medicina. Na melhor das hipóteses, se presta apenas a promover uma redistribuição na oferta dos cursos, com sua interiorização. No que se relaciona aos números nacionais, a política de autorização de funcionamento de cursos exclusivamente em municípios pré-selecionados tem o potencial de restringir a oferta, uma vez

que os grandes centros – onde se situam os maiores mercados e as maiores rendas, necessárias para pagamento das mensalidades de cursos médicos – estarão aliados do processo.

153. Neste sentido, saliento que o processo de interiorização dos cursos, na forma pretendida, poderá ocasionar um “nivelamento por baixo” na proporção de médicos para as necessidades da população, uma vez que, contrariamente ao que se imagina, não existe saturação no mercado de médicos em praticamente nenhum local do Brasil. A respeito, transcrevo trecho constante do documento intitulado “Programa Mais Médicos – Dois Anos: Mais Saúde para os Brasileiros”, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 15 jun. 2016):

“Além de o Brasil apresentar uma proporção insuficiente de médicos para as necessidades da população, esses profissionais estão mal distribuídos no território. Das 27 unidades da Federação, 22 estão abaixo da média nacional, sendo que 5, todas nas regiões Norte e Nordeste, têm o indicador de menos de 1 med/1.000 hab. O Estado de São Paulo, o mais rico da Federação e com a terceira melhor proporção nacional de médicos (2,49 med./1.000 hab.), tem apenas 6 de suas 17 Regionais de Saúde com média acima da nacional.

Sabe-se que o número de médicos por habitante do Brasil está abaixo de outros países, bem como da média dos países da OCDE, que é de 3,2.”

156. Ao valer-me da teoria econômica que explica os movimentos dos mercados, concebo que essa possível migração somente deixará de existir quando a demanda por novos profissionais e a oferta para sua formação for tratada em sua forma integral, ou seja, quando o total de profissionais formados em todo o país for igual ou superior ao número de profissionais demandados pela sociedade.

157. A política pública adotada, no entanto, não enfrenta essa questão e atua em sentido oposto, na medida em que, como já afirmei, cria cláusulas de barreiras diversas que restringem, dificultam ou mesmo impedem a abertura de novos cursos de medicina. (...)

Em 15 de dezembro de 2017, foi publicado o Decreto n. 9.235, que referendou, no seu artigo 23, a Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, para autorização de curso de medicina.

A Portaria MEC n. 328, de 5 de abril de 2018, suspende por cinco anos o protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de medicina, nos termos do art. 3, da Lei n. 12.871/2013. Essa portaria criou tratamento diferenciado para aumento de vagas de medicina para IES privadas e para as universidades federais.

A suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas de que trata o caput não se aplica aos cursos de medicina autorizados no âmbito dos editais de chamamento público em tramitação ou concluídos, segundo o rito estabelecido no art. 3º da Lei n. 12.871, de 2013, e aos cursos de medicina pactuados no âmbito da política de expansão das universidades federais, cujos pedidos de aumento de vagas poderão ser solicitados uma única vez e analisados de acordo com regras e calendário específicos, a serem definidos pelo Ministério da Educação – MEC.

Em 5 de abril de 2018, o MEC publicou a Portaria n. 329, de 5 de abril de 2018, que dispõe sobre a autorização e o funcionamento de cursos de graduação em medicina nos sistemas de ensino dos estados e do Distrito Federal.

Art. 1º: Os sistemas de ensino dos Estados e do Distrito Federal deverão adotar os critérios definidos na Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, nos termos definidos pelo art. 46, § 5º, da Lei n. 9.394, de 1996, para a autorização e o funcionamento de cursos de graduação em medicina.

Parágrafo único: Os processos de autorização de cursos de graduação em medicina nos estados e no Distrito Federal deverão ser precedidos de procedimento de chamamento público para seleção de municípios e de propostas das instituições públicas de ensino superior dos seus respectivos sistemas de ensino.

Em 4 de dezembro de 2018, o MEC publicou a Portaria n. 1.302, que altera a Portaria MEC n. 328, de 5 de abril de 2018.

Art. 1º: (...)

Parágrafo único: A suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas de que trata o caput não se aplica:

I - aos cursos de medicina autorizados no âmbito dos editais de chamamento público em tramitação ou concluídos, segundo o rito estabelecido no art. 3º da Lei n. 12.871, de 2013;

II - aos pedidos de aumento de vagas de medicina protocolados no Ministério da Educação até a data da publicação desta Portaria, cuja análise observará instrução a ser expedida pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior; e

III - aos cursos de medicina pactuados no âmbito da política de expansão das universidades federais, cujos pedidos de aumento de vagas poderão ser solicitados uma única vez e analisados de acordo com regras e calendário específicos, a serem definidos pelo Ministério da Educação. (NR)

Em 18 de dezembro de 2019, foi promulgada a Lei n. 13.958, que institui o *Programa Médicos pelo Brasil*, no âmbito da atenção primária à saúde no SUS. Entretanto, a Lei n. 12.871, do *Programa Mais Médicos*, não foi revogada integralmente. Foram revogados apenas seus arts. 6º e 7º, que tratavam de residência médica.

Com base no exposto, podemos constatar a implementação de uma política pública restritiva em relação à expansão de cursos de medicina em IES privadas, independentemente dos indicadores de qualidade da

IES e da realidade epidemiológica da região, do estado e do Brasil.

Segundo o sistema e-MEC, em 2/12/2020, o Brasil tem 337 cursos de medicina em atividade; o setor privado corresponde a 60% do total da oferta de cursos de medicina, totalizando 36.670 vagas anuais.

O *Relatório Demografia Médica no Brasil 2020*, produzido por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com cooperação técnica do Conselho Federal de Medicina, revela que, em novembro de 2020, o Brasil passou a contar com 500 mil médicos. Com isso, o Brasil passa a ter a razão de 2,38 médicos por 1.000 habitantes, permanecendo a desigualdade na distribuição de médicos por região: Norte (1,30) e Nordeste (1,69) apresentam uma média menor do que o índice nacional, enquanto o Sul (2,68), Centro-Oeste (2,74) e Sudeste (3,15) exibem um desempenho melhor.

As regiões Norte e Nordeste têm os piores indicadores. Todos os seus 16 estados estão abaixo da média nacional, que é de 2,38 por mil habitantes.

Cabe registrar que o *Relatório Demografia Médica no Brasil 2020* não considera a diversidade entre os países nem cita as situações qualitativas que interferem nas condições de vida e de saúde da população brasileira, assim como não menciona a Covid-19 nem a pandemia do novo coronavírus presentes no cenário mundial em 2020.

Apesar de o relatório afirmar que houve elevação quantitativa de médicos por mil habitantes, o Brasil ainda está abaixo de vários países. Seguem alguns exemplos: Brasil, 2,38; Chile, 2,5; Estados Unidos, 2,6; Canadá, 2,7; Reino Unido, 2,8; Austrália, 3; Argentina, 3,2; Itália, 3,5; Alemanha, 3,6; Uruguai, 3,7; Portugal, 3,9; e Espanha, 4. Outra informação relevante é que a média dos 37 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de 3,5 médicos por mil habitantes.

Essa realidade não pode ser considerada exclusivamente pela abordagem quantitativa. É preciso considerar também as questões qualitativas, assim como os aspectos relacionados às diversidades regionais, nacionais e internacionais.

Dito de outra forma, ao analisar a força de trabalho em saúde, é preciso considerar, além dos dados quantitativos, as situações qualitativas das realidades social, econômica, educacional, sanitária, cultural e política, destacando que a realidade brasileira é totalmente diferente das realidades dos países citados.

Outra informação importante é que o número de equipamentos de saúde aumentou mais que o de médicos nos últimos cinco anos. Nos últimos dez anos foram abertos 146 mil postos de primeiro emprego formal contra 93 mil formados em medicina. Situação alarmante é a região Norte, que concentra o maior déficit de médicos no País, em comparação com a quantidade de equipamentos de saúde.

Essa política de proibição de abertura de novos cursos de medicina por parte do MEC tem os seguintes impactos:

- Baixo atendimento da demanda por formação na área médica.
- Elitização da profissão.
- Encarecimento das mensalidades dos cursos de medicina.
- Crescimento da procura de brasileiros por cursos em países vizinhos.
- Impasse no Revalida.
- Impacto na qualidade da atenção e da integralidade em saúde – SUS. ■

Confira na próxima edição da Linha Direta a continuação deste artigo.