

ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Adib Jatene

RESUMO

O texto aborda a expansão e a distribuição das faculdades de medicina brasileiras, o seguro-saúde e a assistência médica no Brasil, o papel do SUS, o financiamento da saúde (setores público e privado). Analisa também a concentração e a falta de médicos no país, o Programa de Saúde da Família, a atuação de generalistas e especialistas no atendimento médico, a importação de profissionais, o papel da tecnologia no atendimento médico, a deficiência da formação profissional e a demanda brasileira por médicos.

Palavras-chave: relação médicos-população no Brasil; excesso de faculdades versus falta de médicos; qualidade de ensino; ensino público e privado.

ABSTRACT

This text deals with the growth and distribution of Brazilian medical schools, health insurance and medical assistance in Brazil, the role of SUS [Unified Health System], and health financing (public and private sectors). It also analyses the concentration and shortage of physicians across the country, the Family Health Program, the work of generalist and specialized physicians in delivering health care, the recruitment of medical workforce from other countries, the role of technology in health care delivery, deficiency in professional training, and the Brazilian demand for physicians.

Keywords: *doctor-patient ratio in Brazil; surplus of colleges versus shortage of physicians; quality of education; public and private education.*

CHEGAMOS A UM NÍVEL INTOLERÁVEL

A medicina é uma questão complexa no Brasil, a começar pelo número de médicos. Discute-se se temos muitos ou poucos, se faltam profissionais ou não. A Tabela 1 mostra a concentração de médicos em alguns países. Vejam quantos estão acima de 3 por mil habitantes. A Argentina, por exemplo, tem 3,16, e nós, 1,95. Ou seja, o número de nossos médicos é reduzido diante das necessidades.

Quando entrei no curso de medicina, em 1948, havia no país 13 faculdades, sendo dez federais, duas estaduais e uma privada, a Escola Paulista de Medicina, que mais tarde se federalizou (Tabela 2). Daquele ano até 1960 foram criadas mais 17 faculdades – dez federais, três estaduais e quatro privadas – e chegamos a 30 escolas de medicina. De 1961 a 1979, o que inclui o período da revolução, criamos mais 47, com uma particularidade: 26 eram privadas, sendo que a maioria era dirigida por instituições que não tinham nenhuma tradição no setor de saúde e inclusive não dispunham de hospital universitário.

No período seguinte, até 1996, houve uma parada na criação de escolas, porque o número

Este texto é a transcrição de uma palestra com o tema “O Ensino da Medicina no Brasil”, proferida no Conselho de Economia, Sociologia e Política da Fecomercio, Sesc e Senac de São Paulo, no dia 18 de outubro de 2012.

TABELA 1

DENSIDADE MÉDICA
Profissionais em relação
à população

PAÍSES	MÉDICOS/MIL HABITANTES
Alemanha	3,64
Argentina	3,16
Brasil	1,95
Canadá	2,36
Chile	1,09
Cuba	6,39
Espanha	3,71
Estados Unidos	2,67
França	3,28
Índia	0,60
Itália	4,24
Japão	2,06
México	2,89
Portugal	3,76
Reino Unido	2,64
Suécia	3,73

FONTE: PESQUISA “DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL” (2011)

ADIB JATENE é ex-secretário da Saúde do estado de São Paulo e ex-ministro da Saúde nos governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso.

TABELA 2

ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL — 1808-2012

	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PRIVADA	NO PERÍODO	TOTAL
1808 - 1948	10	2	-	1*	13	-
1949 - 1960	10	3	-	4	17	30
1961 - 1979	11	8	2	26	47	77
1980 - 1996	1	1	-	3	5	82
1997 - 2011	13	13	5	72	103	185
2012	18	-	-	9	27	212
Total	63	27	7	115	212	-

* ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, FEDERALIZADA EM 1956
 FONTE: IBGE (2009); A. C. NASSIF, "ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL"

excessivo gerou reações de entidades como a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina. Nesse intervalo, as únicas escolas novas foram uma federal em Rondônia, uma estadual no Paraná e três privadas – em Blumenau (SC), Alfenas (MG) e Taubaté (SP). Em 1996 tínhamos, portanto, 82 faculdades de medicina. E daquele ano até 2011 abrimos mais 103, com uma particularidade: mais de 50% eram privadas, com os mesmos defeitos das anteriormente criadas.

Em 2012, no dia 5 de junho, o governo autorizou mais nove faculdades privadas, além de 18 novos cursos em universidades federais. Ficamos, assim, com 63 federais, 27 estaduais, 7 municipais e 115 privadas, num total de 212 faculdades de medicina. Os cursos foram autorizados no Amazonas, Maranhão, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Alagoas, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, que já têm um número excessivo de escolas. Essa distribuição, aparentemente, não teve nenhum critério. Na Região Norte temos 1.592 vagas: em Tocantins, 300, no Pará, 390, no Amazonas, 470.

Na comparação por habitantes, porém, ficamos assim: em Tocantins são 232 vagas por milhão de habitantes, em Rondônia, 152 e no Pará, 52. A média nacional é de 90 vagas por milhão de habitantes, aproximadamente uma para 11 mil pessoas. Na Região Norte, portanto, temos excesso de vagas, com exceção do Pará. Na Região Nordeste, a Bahia tem 54 vagas por milhão de moradores, o Piauí, 134, a Paraíba, 130 e Pernambuco, 78. Isso

significa que há uma distribuição absolutamente aleatória dessas escolas de medicina.

A Região Sudeste tem a maior concentração de vagas: são 3.126 em São Paulo, 2.940 em Minas Gerais, 2.636 no Rio de Janeiro e 500 no Espírito Santo. Por milhão de habitantes, São Paulo tem

FIGURA 1

NÚMERO DE VAGAS EM FACULDADES DE MEDICINA*



TABELA 3

GASTOS TOTAIS EM SAÚDE — US\$ *per capita*/ano

	1960	1990	1998	2006
Alemanha	495	1.999	2.400	3.250
Canadá	600	2.115	2.250	3.419
Suécia	490	1.861	1.820	3.012
Austrália	517	1.647	2.040	3.001
Reino Unido	407	1.191	1.450	2.597
Brasil	-	-	-	755

75 vagas, Minas Gerais, 146, Rio de Janeiro, 164 e Espírito Santo, 143. Quando reclamam dizendo que São Paulo apresenta a maior concentração de escolas, isso não significa nada, porque o estado tem 41 milhões de habitantes. E em Minas Gerais são 20 milhões e no Rio de Janeiro, 16 milhões.

As escolas todas de medicina geram 18 mil vagas. O número é um pouco maior porque muitas delas contam as vagas do Prouni como excesso e outras fazem dois vestibulares por ano, coisa que o MEC (Ministério da Educação) não controla direito.

O estado de São Paulo está dividido em 15 regionais. A Grande São Paulo, com dez faculdades de medicina, tem 973 vagas, o que dá uma vaga para 20 mil habitantes. A região de Campinas tem quatro faculdades, com uma vaga para 18 mil. A de São José dos Campos, com 2,3 milhões de habitantes, tem uma vaga para 28 mil. Já a de São José do Rio Preto tem uma vaga para 3 mil habitantes. A Regional de Ribeirão Preto tem três faculdades e uma vaga para 4 mil habitantes. Araçatuba não tem faculdade de medicina, assim como Bauru.

SEGURO-SAÚDE

De 1948 a 1960, havia três categorias de segurados: os indigentes, os previdenciários, que eram ligados aos sete institutos de previdência, e os privados. Nessa época, o doente privado chegava a vender patrimônio para pagar hospital e médico. De 1960 a 1988 aconteceram algumas coisas.

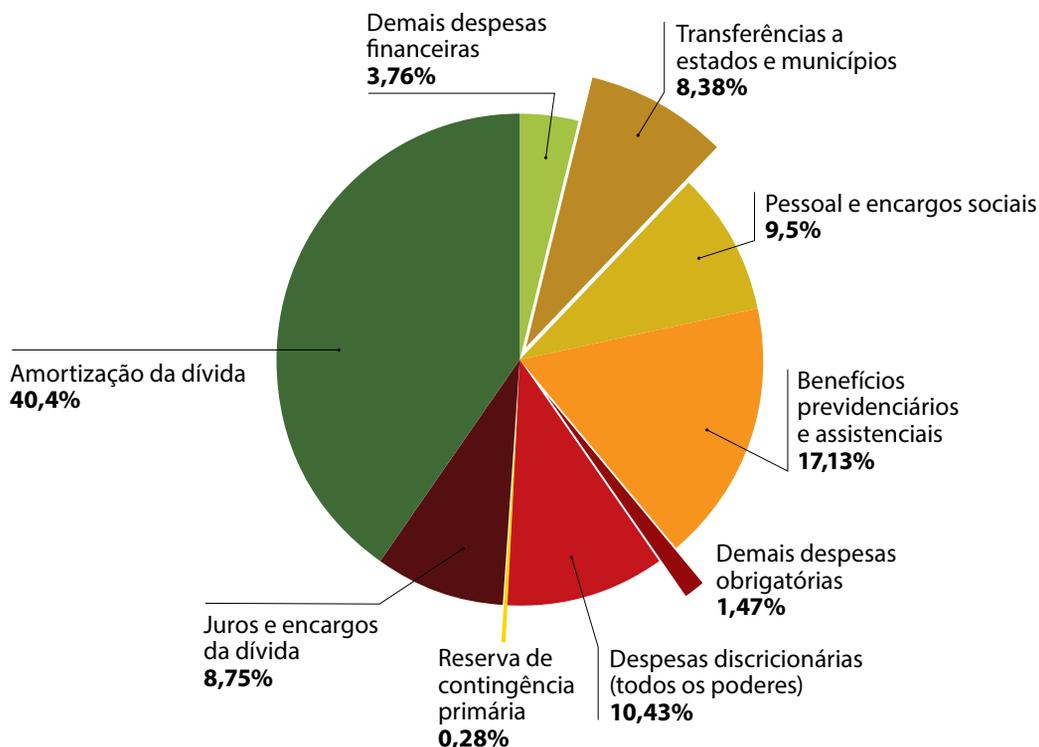
Uma delas foi a criação de convênios. O primeiro que se estabeleceu em São Paulo foi fundado em 1956, mas se consolidou somente em 1960: era da Policlínica. O privado continuou igual, mas o previdenciário sofreu uma modificação importante: em 1966, na época da revolução, todos os institutos de previdência foram fundidos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ficando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) com a assistência médica, e o INPS cuidando de aposentadoria e pensões. Os indigentes continuavam como indigentes.

Nesse período, o governo federal respondia por 76% dos recursos para a saúde. Esse percentual foi caindo, e hoje a União contribui com pouco mais de 40%, enquanto estados e municípios arcam com cerca de 60%. Com a Constituinte o indigente desapareceu, passando a ser atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com o previdenciário. Cresceu muito a população que passou a ser de responsabilidade do governo, já que se colocaram ali todos os indigentes. Nesse momento, a Previdência Social se retirou do financiamento à saúde, dando início à grande crise que enfrentamos. O privado tendia a desaparecer, e os convênios assumiram um papel muito mais importante.

Dizem que o SUS não funciona, mas em 2010 fez 3,6 milhões de procedimentos, sendo 1,6 milhão na assistência básica e 2 milhões mais complexos. Internou 11,7 milhões de pessoas, realizou 443 milhões de exames bioquímicos, 92 milhões

GRÁFICO 1

VISÃO GERAL DO ORÇAMENTO FEDERAL (2011)



de exames de imagens. É uma brutalidade de trabalho, só que a necessidade é muito maior.

Quanto aos gastos totais em saúde (Tabela 3), a Alemanha despendia em 1960 US\$ 495 *per capita*, o Canadá, US\$ 600, a Suécia, US\$ 490, a Austrália, US\$ 517, o Reino Unido, US\$ 407. Isso foi aumentando, a ponto de em 2006 os alemães gastarem US\$ 3,25 mil, os canadenses, US\$ 3,419 mil, e nós, apenas US\$ 755 dólares *per capita*/ano, juntando o atendimento público e o privado. Ou seja, em 2006 nosso gasto era igual ao deles de 1963 ou 1964. Portanto, um retrocesso enorme, com um agravante: aqueles países colocam mais de 60% dos recursos no sistema público. A Inglaterra chega a 87%.

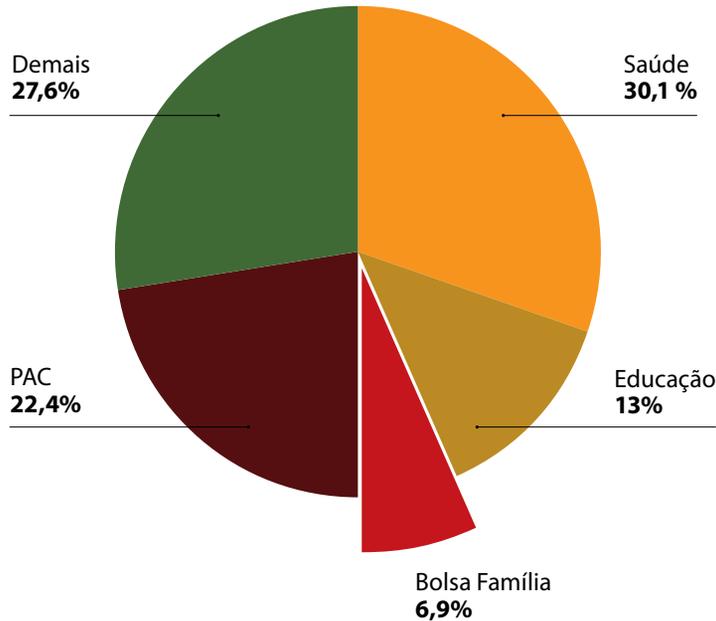
Se gastássemos o mesmo que a Alemanha ao ano, deveríamos chegar a US\$ 617 bilhões, mas despendemos US\$ 143 bilhões. E somos o único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem sistema público extenso. O Canadá tem 32 milhões, a Suécia, 9 milhões, a Austrália, 20 mi-

lhões, a Espanha, 45 milhões, o Reino Unido, 60 e poucos milhões, a Alemanha, 80 milhões. Ou seja, nenhum país da dimensão do Brasil tem um sistema público universal e gratuito.

Em 2009, o Brasil dispunha de R\$ 127 bilhões para o setor público e R\$ 143 bilhões para o privado, num total de R\$ 270 bilhões. É essa diferença que faz com que o atendimento privado seja muito superior ao público. Adianta pouco aumentar R\$ 2 bilhões, R\$ 5 bilhões ou R\$ 10 bilhões nessa conta. Temos de dobrar o gasto público, chegando a R\$ 254 bilhões. Alcançaríamos assim uma situação menos desconfortável em termos internacionais, pois estaríamos aplicando 63% no setor público e 36% no privado, como acontece nos países citados.

O problema é que não temos de onde tirar esses recursos. O orçamento da União (Gráfico 1), em 2011, era de quase R\$ 2 trilhões, só que 90% eram despesas obrigatórias, restando apenas 10% para os gastos discricionários. A amortização da dívida, os juros e os demais encargos financeiros

DESPESAS DISCRICIONÁRIAS – ORÇAMENTO GERAL 2011



levam 53% do orçamento. Dos 47% que sobram, R\$ 162 bilhões vão para o Fundo de Participação de Estados e Municípios, R\$ 184 bilhões, para pessoal e encargos, R\$ 332 bilhões são da previdência e assistência social, coisas em que não se pode mexer. Sobram R\$ 202 bilhões para despesas discricionárias (Gráfico 2), dos quais a maior fatia, 30%, complementa o orçamento da saúde, estando aí incluídos os gastos com pessoal da área da educação e da saúde, 13% vão para a educação, 7% para o Bolsa Família, 22%, para o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), e 28%, para todos os demais ministérios, além dos poderes Legislativo e Judiciário. Não temos de onde tirar mais recursos.

Em 1890, a França tinha 33 milhões de habitantes, hoje são 63 milhões, nem dobrou sua população. Naquela época não tínhamos 10 milhões de habitantes, hoje somos 195 milhões. Naquele ano São Paulo tinha 65 mil habitantes, hoje são 11 milhões. Vemos assim que as demandas criadas

por esse crescimento populacional, em diversas áreas, impedem que haja recursos suficientes para organizar o sistema de assistência médica.

DISTRIBUIÇÃO EQUIVOCADA

Outra coisa importante é a distribuição de médicos no país. Sabemos que 60% deles estão nas capitais, onde residem 20% da população. É uma distribuição equivocada. Se analisarmos por unidades da Federação (Tabela 4), veremos que três delas têm uma concentração acima de 2,5 médicos por mil habitantes, todas as outras têm menos, até chegar ao Maranhão, que tem 0,68. Nas capitais é diferente. Vitória tem 10 médicos por mil habitantes, Porto Alegre, 8, Belo Horizonte, 6, São Paulo, 4,8. Apenas seis capitais têm menos de 1,9 médico por mil habitantes.

Quem vê esse quadro diz que as capitais estão bem servidas de médicos. Aí vem outro problema. Em 1999, a cidade de São Paulo tinha 10 milhões

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS REGISTRADOS – Por mil habitantes, 2011

ESTADO	MÉDICO CFM*	POPULAÇÃO**	RAZÃO***
DF	10.300	2.562.963	4,02
RJ	57.175	15.993.583	3,57
SP	106.536	41.252.160	2,58
RS	24.716	10.695.532	2,31
ES	7.410	3.512.672	2,11
MG	38.680	19.595.309	1,97
BRASIL	371.788	190.732.694	1,95
SC	11.790	6.249.682	1,89
PR	18.972	10.439.601	1,82
GO	9.898	6.004.045	1,65
MS	3.983	2.449.341	1,63
PE	13.241	8.796.032	1,51
RN	4.392	3.168.133	1,39
SE	2.804	2.068.031	1,36
RR	596	451.227	1,32
PB	4.886	3.766.834	1,30
TO	1.771	1.383.453	1,28
MT	3.735	3.033.991	1,23
BA	17.014	14.021.432	1,21
AL	3.659	3.120.922	1,17
RO	1.738	1.560.501	1,11
CE	9.362	8.448.055	1,11
AM	3.828	3.480.937	1,10
AC	755	732.793	1,03
PI	3.125	3.119.015	1
AP	643	668.689	0,96
PA	6.300	7.588.078	0,83
MA	4.486	6.569.683	0,68

FONTE: CFM/IBGE, PESQUISA "DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL" (2011)

* MÉDICOS REGISTRADOS NO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

** POPULAÇÃO SEGUNDO O IBGE 2010

*** RAZÃO MÉDICOS REGISTRADOS NO CFM/POPULAÇÃO (MIL HABITANTES)

de habitantes e era dividida em 96 distritos. Fiz uma pesquisa, com a colaboração do Visconti da Fundação Seade, incluindo 170 hospitais, distribuídos nos respectivos distritos, e os dividi em quatro grupos: os distritos com mais de dez leitos por mil habitantes, os que tinham de três a dez, os que tinham menos de três e os que não tinham leitos. Descobrimos que onde estão os hospitais

há médicos, onde não há hospital não há médico, porque o profissional precisa do suporte hospitalar para poder trabalhar. Então, na capital paulista, 25 distritos concentram 1,8 milhão de habitantes e contam com 120 hospitais, oferecendo 12,59 leitos por mil habitantes. Paralelamente há 71 distritos, que somam mais de 8 milhões de pessoas, para os quais existe 0,6 leito por mil habitantes.

ESPECIALIDADES

A proposta que fiz nessa época foi de que não se oferecessem novos leitos nas áreas em que já existem enquanto não se colocassem pelo menos dois leitos por mil habitantes na periferia. Instalar dois leitos por mil habitantes na periferia significa agregar 12 mil leitos, ou 60 hospitais de 200 leitos.

A saída foi partir para o atendimento básico da população e, no Ministério da Saúde, criamos o Programa de Saúde da Família. Divide-se a população em núcleos de 200 famílias ou menos, conforme a concentração, e entre eles selecionamos um agente comunitário. Ele cadastra a população, verifica as doenças preexistentes – tuberculose, diabetes, hipertensão etc. –, se as mulheres grávidas estão fazendo pré-natal, confere se as cadernetas de vacinação estão em dia, etc. Visita as casas uma vez por mês e tem controle daquele grupo. Para cada grupo de cinco agentes, que representam mil famílias, 3,5 mil pessoas mais ou menos, há um médico, uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem, que cuidam desse núcleo.

Esse programa, quando foi implantado, por exemplo, em Camaragibe (PE), fechou a ala de pediatria do hospital, porque não havia mais crianças com diarreia ou pneumonia, já que passaram a ser tratadas tão logo os sintomas aparecessem. Em São Paulo precisaríamos ter 2,4 mil equipes. Implantamos as primeiras em 1996, quando eu ainda era ministro. Vim falar com o prefeito Paulo Maluf, que recusou, porque tinha o Programa de Assistência à Saúde (PAS). Falei então com o governador Mário Covas e implantamos o sistema em Itaquera, na região do Hospital Santa Marcelina, uma área de 40 mil habitantes. A Secretaria da Saúde tinha cadastrado nessa área sete tuberculosos, e os agentes comunitários encontraram 62.

O problema é que o ensino médico não fornece profissionais para essas equipes. Em São Paulo nós temos 1,2 mil equipes, precisamos do dobro. Em muitas delas falta o médico, porque ele não vai para algumas áreas. Se decide ir, a família dele não vai, porque mora nas melhores regiões da cidade. Outro problema: para determinado número de postos deve existir uma equipe de especialistas, com acesso a leitos na área em que atuam, para depois encaminhar as pessoas para os hospitais. Como não existem esses hospitais, não há para onde mandar os pacientes, e o médico se sente sem condições de exercer a profissão.

Outra questão: as escolas médicas hoje estão formando subespecialistas. Durante o curso, o aluno já escolhe a especialidade, passa a dirigir seu interesse para aquela área e esquece o resto. Tanto isso é verdade que hoje, para participar do concurso de residência médica, os alunos do sexto ano frequentam um cursinho preparatório. A residência médica é uma complementação que não resolve o problema do país. Ela forma especialistas, que vão agravar a concentração que já temos.

Por isso tenho discutido no Ministério da Educação que precisamos mudar o esquema, ou seja, criar um pré-requisito para a residência médica. Os médicos que se formam devem permanecer no estado em que estudaram pelo menos por dois anos, trabalhando no Programa de Saúde da Família, para ter direito a candidatar-se a uma residência. Essa proposta foi considerada muito radical e então os ministérios da Saúde e da Educação chegaram a um termo intermediário, ou seja, oferecer aos recém-formados vagas no Programa de Saúde da Família, pagando o que recebe o médico de família, de R\$ 8 mil a R\$ 15 mil, dependendo da região, e criando um bônus para quando fossem prestar a residência médica. Isso gerou reação dos alunos nas faculdades, que não aceitam o privilégio para quem faz o Programa de Saúde da Família.

A vantagem do Programa de Saúde da Família como pré-requisito para a residência médica é que vamos obrigar a escola a ensinar e o aluno a aprender. O ensino médico hoje está na mão de professores titulares especialistas, e é mais ou menos natural que eles queiram ensinar sua especialidade, o que não serve para o aluno de graduação, primeiro porque ele não vai conseguir aprender todas as especialidades, segundo porque isso não vai formar o médico de que o país precisa. Temos de atender à grande massa da população, e o médico de que precisamos é o que conhece de cada especialidade aquilo que todo profissional tem de saber, especialmente na emergência. Os professores titulares, os especialistas, devem trabalhar na pós-graduação, promovendo pesquisa e desenvolvimento, etc. O curso de graduação tem de formar médicos.

Quando assumi a direção da Faculdade de Medicina da USP, o curso de cirurgia cardíaca durava um semestre. Tinha aula sobre tetralogia de

Fallot, que é uma doença congênita cianótica, com histórico, evolução, métodos paliativos, operações definitivas, etc., tema que caía na prova. Ora, um cardiologista fica dois ou três anos no consultório e não vê um caso de tetralogia de Fallot. Vou ensinar isso para o aluno? Não, o que devo ensinar é que existe cardiopatia congênita cianótica de dois grandes grupos, um que tem isquemia do pulmão e outro que tem congestão no pulmão. O que tem isquemia do pulmão, quando fecha o canal arterial, piora. O que tem congestão no pulmão, quando baixa o padrão fetal da circulação pulmonar, piora. Só. E isso não na cirurgia cardíaca, mas na cardiologia. O aluno não deve aprender a especialidade, mas apenas o que não pode deixar de saber da especialidade. Isso é fundamental.

Muitas dessas escolas médicas não têm hospital e fazem convênios com hospitais públicos para treinar seus alunos. Isso é absolutamente inconveniente, porque há uma diferença fundamental entre hospital universitário e assistencial. O assistencial deve oferecer o conhecimento existente, porque as pessoas precisam se tratar, mas o hospital universitário tem outra responsabilidade. Além de ensinar, tem de trabalhar na fronteira do conhecimento, tem de gerar conhecimento. Estamos treinando alunos em hospitais assistenciais com pessoas que não têm qualificação docente. Isso é uma verdadeira tragédia para o ensino.

AVALIAÇÃO

Outro fato: a presidente Dilma Rousseff decidiu que vamos importar médicos. Temos um grande número de brasileiros estudando em países da América Latina. Esses médicos querem voltar, mas em sua grande maioria estão totalmente despreparados. No exame de revalidação que foi feito em 2010, havia 600 e poucos candidatos e passaram três.

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo tem feito um grande esforço para avaliar os médicos. Em 1988, quando pertencia a essa entidade, propus um exame, que não seria igual ao da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), por-

que essa precisa de um filtro, já que temos mais de mil faculdades de direito. Na medicina seria uma maneira de obrigar a escola a ensinar e o aluno a aprender, fazendo avaliações durante o curso, no segundo, no quarto e no sexto ano. Se no segundo ano ficasse demonstrado que os alunos de determinada escola não receberam treinamento adequado, ela ficaria impedida de fazer vestibular no ano seguinte. É preciso tomar algumas medidas capazes de influenciar diretamente o ensino e não ficar apenas teorizando em torno do que se poderia fazer.

O panorama que se desenha hoje no ensino médico não é muito agradável. Há tentativas de modificar isso, mas existe muita resistência, porque as pessoas costumam dizer que a culpa não é do aluno, é da faculdade. Quem vai cuidar da população, porém, são os egressos das escolas. Se autorizarmos um egresso mal preparado a exercer a profissão, vamos prejudicar a população.

Fui diretor da Faculdade de Medicina da USP durante quatro anos, presidi quatro formaturas. Entregávamos um canudo vazio, coisa simbólica. Ao lado ficava o representante do Conselho Regional de Medicina, que fornecia a carteira profissional, aquela que autoriza o médico a exercer a profissão. Tem o diploma, leva a carteira. Não deveria ser assim. O conselho regional é apenas um cartório.

A Associação Brasileira de Educação Médica tem feito um grande esforço para aprimorar o ensino. O que causou um grande problema foi a incorporação tecnológica, porque ela foi extraordinariamente ampla. Trouxe mais segurança, melhoria no diagnóstico, mas não pode ser oferecida a todos, é impossível. Temos de formar um médico capaz de trabalhar com a população sem usar alta tecnologia. Ele resolve 80% dos casos, os outros vão para a rede, para os ambulatórios de especialidades, leitos hospitalares, etc.

A situação atual do ensino médico tem causado muita preocupação, mas acredito que estamos no limiar de mudanças, já que a coisa chegou a um nível intolerável.