



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

Tamar Alves Nogueira, Priscila; Falangola Benjamin Bezerra, Adriana; Flaudiano Bem Leite, Antonio; de Sousa Carvalho, Islândia Maria; Gonçalves, Rogério Fabiano; de Brito-Silva, Keila Silene

Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 9, septiembre, 2016, pp. 2889-2898

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411027>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil

Characteristics of the distribution of doctors in the *Mais Médicos* (More Doctors) Program in the states of Brazil's Northeast

Priscila Tamar Alves Nogueira<sup>1</sup>

Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>1</sup>

Antonio Flaudiano Bem Leite<sup>2</sup>

Islândia Maria de Sousa Carvalho<sup>3</sup>

Rogério Fabiano Gonçalves<sup>3</sup>

Keila Silene de Brito-Silva<sup>2</sup>

**Abstract** Inequalities in access to health, reflecting shortages and inadequate geographical distribution of health professionals, have been indicated as a challenge for Brazil. This paper analyzes the geographical distribution of professionals of the Mais Médicos Program allocated in the Northeastern Region of Brazil, through a descriptive cross-sectional study. Secondary data provided by the Health Ministry were used, and thematic maps of distribution of doctors in the Region were prepared. Data on 4,716 doctors who became members of health teams in 1,294 municipalities in six Indigenous Health Districts in the years 2013 and 2014 were analyzed. The greater part of the municipalities of the Region received between one and five doctors. The municipalities most benefited had, at least, 20% of their population in extreme poverty. 99.9% of the doctors were allocated in a Health Center or Primary Healthcare Unit. The majority were women (57%), predominantly of the 45-49 age group (24%). In spite of the advances achieved by the Program – such as distribution of the doctors in locations with greater vulnerability – some States continue to have significant shortages of healthcare.

**Key words** Brazilian Single Health System, Mais Médicos Program, Primary Healthcare

**Resumo** As desigualdades no acesso aos serviços de saúde influenciadas pela carência e má distribuição geográfica de profissionais de saúde têm sido apontadas como um desafio para o país. Este artigo analisa a distribuição geográfica dos profissionais do Programa Mais Médicos alocados na Região Nordeste por meio de estudo transversal descritivo. Foram utilizados dados secundários cedidos pelo Ministério da Saúde e elaborados mapas temáticos de distribuição dos médicos na Região. Foram analisados dados de 4.716 médicos que passaram a integrar equipes de saúde em 1.294 municípios e seis Distritos Sanitários Indígenas entre os anos de 2013 e 2014. A maior parte dos municípios da Região recebeu entre um e cinco médicos. Os municípios mais beneficiados possuíam, pelo menos, 20% da população em situação de extrema pobreza. Os profissionais foram alocados em Centro de Saúde/Unidade Básica (99,9%). A maioria eram mulheres (57%) e a faixa etária média predominante foi de 45 a 49 anos (24%). Apesar dos avanços proporcionados pelo Programa, como a distribuição dos médicos para localidades com maior vulnerabilidade, alguns Estados permanecem com importantes vazios assistenciais.

**Palavras-chave** Sistema Único de Saúde, Programa Mais Médicos, Atenção Primária à Saúde

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária. 50670-420 Recife PE Brasil.

pri.tamar22@gmail.com

<sup>2</sup> Núcleo de Saúde Coletiva, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antônio PE Brasil.

<sup>3</sup> Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife PE Brasil.

## Introdução

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionadas pela carência e má distribuição geográfica de seus profissionais, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para seu enfrentamento na maioria dos países<sup>1</sup>. O problema de provisão de profissionais das diversas áreas na saúde pública é anterior a criação do SUS<sup>2</sup>, mas quando a necessidade é do profissional médico os problemas tornam-se mais difíceis de superar.

Em 1997, um estudo realizado por Machado<sup>3</sup> classificava a Medicina como uma ocupação predominantemente urbana, apontando que 80% dos médicos estavam situados em apenas sete estados do Brasil (Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Paraná, Pernambuco e Rio Grande do Sul), que detêm a maior produção econômica do país. Os autores destacaram ainda que os profissionais estavam concentrados nas capitais, verificando-se escassez ou ausência de médicos nas cidades distantes das capitais e grandes centros urbanos.

Apesar da expansão quantitativa de médicos nas últimas décadas, com aumento de mais de 500% no número desses profissionais da década de 70 até 2012, o país apresenta disparidades na distribuição destes quando se considera a população. O número de médicos por mil habitantes (médico/1000 hab.) passou de 1,5 em 1980, para aproximadamente 2,0 em 2012<sup>4</sup>.

No que diz respeito à insuficiência de médicos por habitantes na Atenção Primária à Saúde (APS), a maior carência ocorre nos municípios da Região Nordeste, onde 49,3% da população reside em áreas com escassez desse profissional<sup>1</sup>.

Foram realizadas diversas estratégias para o provimento de médicos nos serviços de saúde pública, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS; O Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde – PISUS e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde<sup>5</sup>.

Além destas estratégias, houve a implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde<sup>1</sup> e, mais recentemente, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)<sup>6</sup>. A Estratégia de Saúde da Família, mesmo sem ter esse objetivo, também se caracteriza como um exemplo de cobertura de médicos no país<sup>1</sup>.

A estratégia mais recente para enfrentamento da má distribuição de médicos foi a implantação

do Programa Mais Médicos (PMM), estruturado em três eixos: investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde; ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país e o terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Este último tem a finalidade de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis<sup>6</sup>, cuja intencionalidade é ampliar a oferta de atenção médica na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS<sup>7</sup>.

Até dezembro de 2014, o PMM havia contratado cerca de 14 mil médicos para atuar na APS. Segundo informações publicadas em boletim do Ministério da Saúde<sup>8</sup>, as regiões mais beneficiadas pelo programa foram as Regiões Norte e Nordeste. Por ser um programa recente, pouco se sabe acerca de como essa distribuição geográfica tem ocorrido. Assim, este estudo objetivou analisar a distribuição geográfica dos médicos participantes do PMM no Nordeste com o intuito de evidenciar características geográficas e socio-demográficas desse provimento e contribuir para a discussão sobre do fortalecimento da APS.

## Método

Trata-se de estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa sobre o perfil dos profissionais do PMM na Região Nordeste.

Os dados coletados foram provenientes de fonte de dados secundários disponibilizados pelo Ministério da Saúde, obtidos por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETES), junto à Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos. Para distribuição segundo porte populacional foram extraídos do site do Datasus dados sociodemográficos e contagem da população (estimativas do TCU)<sup>9</sup>.

Para fins de caracterização do perfil de médicos do PMM no Nordeste foram utilizadas as variáveis idade; sexo; ciclo em que foi inserido no programa; Estado e Município de atuação pelo programa; tipo de estabelecimento de saúde no qual estão alocados, classificados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), perfil de vulnerabilidade do município; nacionalidade e perfil do profissional médico do PMM.

Conforme critérios adotados pelo Ministério da Saúde, o perfil profissional dos médicos participantes do PMM divide-se em: *cooperação*, diz respeito aos médicos cubanos trazidos em acordo feito com a Organização Panamericana de Saú-

de (OPAS); CRM brasileiro que são os médicos formados no Brasil ou aprovados no REVALIDA; e *intercambista* que são os médicos estrangeiros ou brasileiros formados no exterior e inscritos no programa por demanda espontânea<sup>10</sup>.

As classificações relativas ao perfil de vulnerabilidade dos municípios eram: Semiárido, Quilombola, IDH Baixo ou Muito Baixo, Indígena, Vale do Jequitinhonha/Mucuri e os que não se encaixam em nenhum dos perfis descritos. A classificação quanto a este perfil corresponde às condições sociais, econômicas e culturais que os habitantes desses municípios enfrentam.

O *Semiárido*, diz respeito aos municípios que apresentam risco de seca maior que 60%, tomando-se por base o período entre 1970 e 1990<sup>11</sup>. As regiões com comunidade *Quilombola* são constituídas por grupos com identidade cultural própria formada por meio de um processo histórico que começou nos tempos da escravidão no Brasil<sup>12</sup>.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) Baixo ou Muito Baixo, é um indicador de vulnerabilidade socioeconômica que considera as condições de vida em relação à longevidade (saúde), educação e renda, podendo variar entre 0 e 1. O IDHM varia de 0 a 1 quanto mais próximo de 1 maior o desenvolvimento humano, onde de 0 a 0,499 classifica IDHM Muito Baixo, de 0,5 a 0,599 pertence à categoria IDHM Baixo, 0,6 a 0,699 IDHM Médio, 0,7 a 0,799 é IDHM Alto e de 0,8 a 1 é classificado com IDHM Muito Alto<sup>13</sup>.

Inicialmente foram identificadas as localidades que receberam médicos pelo Programa, bem como a distribuição dos profissionais por localidade. Posteriormente, foi descrito o perfil desses

profissionais. Os dados foram organizados e tabulados com auxílio do programa BROffice Calc. e, posteriormente, importados para Terraview versão 4.2.2 para construção dos mapas temáticos de distribuição de frequências.

O presente trabalho é parte integrante do Projeto *Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo*, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), aprovado pelo MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit.

Os municípios estavam classificados em: Capital; Região Metropolitana; G100 (municípios com baixa renda per capita e população superior a 80 mil habitantes); Pobreza, (municípios com pelo menos 20% da população vivendo na extrema pobreza); Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) e Outros (áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza dos demais municípios, conforme o IBGE) (Tabela 1).

## Resultados

Foram analisados os dados de 4.716 médicos que passaram a integrar equipes de saúde em 1.294 municípios e seis Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) de todos os nove estados da Região Nordeste no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014.

A maior parte dos municípios da Região recebeu entre um e cinco médicos, seguida pela distribuição entre cinco e dez médicos. Das ca-

**Tabela 1.** Perfil dos municípios da Região Nordeste, segundo critérios de classificação de áreas prioritárias ao provimento emergencial de profissionais pelo Programa Mais Médicos, conforme quantitativo de médicos alocados, dezembro 2014.

Perfil do Município	Nº de municípios	Nº de médicos alocados	Proporção de médicos (%)
Pobreza*	963	2974	63
Outros**	250	732	16
G100***	36	442	9
Capital	8	321	7
Região Metropolitana	37	193	4
DSEI	6	54	1
<b>TOTAL</b>	<b>1294</b>	<b>4716</b>	<b>100</b>

\*municípios com pelo menos 20% de sua população vivendo abaixo da linha da pobreza. \*\* áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza, conforme o IBGE. \*\*\* municípios com baixa renda *per capita* e população superior a 80 mil habitantes.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados cedidos pela SGTES/MS.

pitais que receberam médicos pelo PMM, apenas Maceió e Aracaju receberam menos de 20 profissionais (Figura 1).

O Estado que mais recebeu médicos no NE foi a Bahia (28%), seguido do Ceará (20%), Pernambuco e Maranhão (14%, cada), Piauí (7%), Paraíba e o Rio Grande do Norte (5%). Os que menos receberam médicos foram Alagoas e Sergipe: com 4% e 3%, respectivamente. Seis capitais receberam mais profissionais em relação aos demais municípios do estado (Salvador 6%, Fortaleza 13%, Recife 5%, São Luiz 3%, João Pessoa 8% e Natal 12%).

Dos nove estados do Nordeste, apenas dois deles não tiveram a capital recebendo o maior número de profissionais em relação aos demais municípios do estado (Sergipe e Alagoas) e uma capital não recebeu médico pelo PMM (Teresina). No entanto, do percentual geral, as capitais receberam apenas 7% (321) do total de médicos alocados na Região.

Com o PMM, a razão de médicos por mil habitantes na Região Nordeste passou de 1,23 em 2012, para 1,34 em dezembro de 2014. Ao se verificar a variação deste indicador para o mesmo período por unidades da federação, observou-se

aumento em todos os estados, como descrito a seguir: Maranhão passou de 0,58 para 0,67; Piauí de 0,92 para 1,02; Ceará de 1,05 para 1,15; Bahia de 1,09 passou para 1,17; Alagoas de 1,12 para 1,18; Paraíba de 1,17 para 1,23; Rio Grande do Norte de 1,23 para 1,30; Sergipe de 1,30 para 1,37 e Pernambuco de 1,39 para 1,47. Embora tenha havido incremento no quantitativo de médicos em todos os estados, as alterações na razão de médicos por 1.000 habitantes foram pequenas.

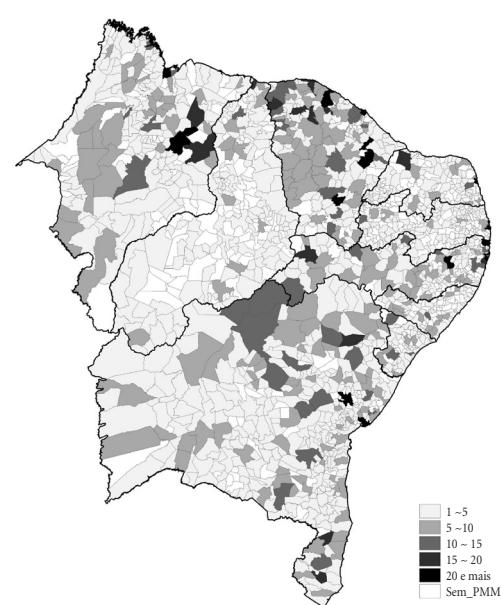
De acordo com os dados analisados, os municípios mais beneficiados pelo PMM foram os classificados pelo Ministério da Saúde como abaixo da *Pobreza*. Estes receberam 63% de todos os profissionais alocados na Região (Tabela 1). Sendo os Estados mais beneficiados, que dispunham de municípios pertencentes a essa classificação, foram BA (27%), CE (19%) e MA (16%). Seis municípios classificados como pertencentes ao G100 receberam mais de 20 médicos, são eles Caruaru e Paulista (PE), Itapipoca e Iguatu (CE), Codó (MA) e Feira de Santana (BA).

Os seis Distritos Sanitários Indígenas (DSEI) receberam ao todo 54 médicos. Sendo distribuídos 7 para DSEI Alagoas/Sergipe, 18 para DSEI Bahia, 2 para DSEI Ceará, DSEI Maranhão e DSEI Pernambuco receberam 13 cada e DSEI Potiguar apenas um.

A categoria *indígena* não aparece nos mapas, tendo em vista que todos os profissionais cadastrados em unidade de saúde indígena foram alocados nas sedes da *DSEI* que se localizam nas capitais, não sendo possível identificar em que municípios, especificamente, esses médicos estavam atuando.

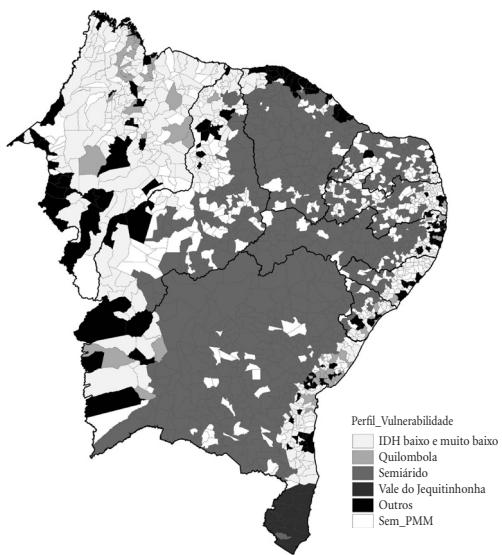
Quanto ao perfil de vulnerabilidade, observa-se na Figura 2 que os municípios mais beneficiados com os profissionais pertencem ao *semiárido nordestino* que, ao todo, receberam 2500 médicos (53%), seguido dos municípios com *IDH Baixo ou Muito Baixo*, 879 médicos (18%). Os que *não se encaixam em nenhum dos perfis* classificados, identificados na Figura 2 com a legenda *não se aplica*, receberam 780 profissionais (17%). No entanto, pertencem às áreas referentes aos 40% dos setores censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza, conforme o IBGE.

As *comunidades quilombolas* ficaram com 413 médicos (9%), Vale do Jequitinhonha/Mucuri com 90 (2%) e *Indígenas* 54 (1%). No entanto, foi observado persistência de vazio no Semiárido do Estados de Alagoas, Sergipe, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba, com destaque maior na mancha que caracteriza o vazio no Piauí (Figura 2).



**Figura 1.** Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos por município segundo o número de médicos, Nordeste, dez 2014.

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Ministério da Saúde.



**Figura 2.** Distribuição dos médicos do Programa Mais Médicos segundo o Perfil de Vulnerabilidade dos municípios que receberam médicos pelo Programa, Nordeste, 2014.

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Ministério da Saúde.

Ao analisar a distribuição de médicos segundo o porte populacional e IDHM, observou-se que os municípios com até 50.000 habitantes receberam 88% do total de médicos alocados na Região (Tabela 2). Para esse conjunto de municípios predominou a inserção de 1 a 5 médicos por localidade, sendo encontrados os menores valores de IDHM, principalmente, naqueles com até 20.000 habitantes. Municípios com população entre 50.001 e 100.000 habitantes receberam 8% do total de médicos alocados no Nordeste, distribuídos em municípios de IDHM baixo e IDHM médio.

Com relação às características dos profissionais distribuídos na região, 2689 (57%) eram do sexo feminino e 2027 (43%) do sexo masculino. No que diz respeito à faixa etária, a que concentrava o maior número de médicos (24%) estava entre 45 e 49 anos. Observou-se também que as mulheres eram maioria em quase todas as faixas etárias, excetuando-se quando maiores de 60 anos.

A entrada dos médicos no Programa Mais Médicos (PMM) se deu em cinco ciclos divididos, segundo o perfil profissional, em: médicos da cooperação com a OPAS (nacionalidade cuba-

na), médicos com cadastro no CRM e médicos intercambistas.

No primeiro ciclo entraram 415 médicos. Destes, 197 ingressaram no programa pela Cooperação com a OPAS, 164 têm CRM e 54 são intercambistas. No segundo ciclo foram 2369, sendo 2255 da Cooperação, 79 com CRM e 35 Intercambistas. No terceiro ciclo entraram 721 profissionais, dos quais 564 são da Cooperação com a OPAS, 91 com CRM e 66 Intercambistas. O quarto ciclo incluiu mais 1117 médicos, sendo 663 da Cooperação com a OPAS, 429 com CRM e 25 Intercambistas. O último ciclo alocou 42 profissionais. Destes, 35 com CRM e sete intercambistas. Ficaram na Reserva 52 profissionais da Cooperação.

Quanto à nacionalidade, 896 eram brasileiros, 3735 cubanos e 85 de outras nacionalidades. Os classificados em “outras nacionalidades” têm as seguintes origens: Argentina (19), Espanha (18), Venezuela (9), Portugal (7), Bolívia (6), Uruguai (5), México (4), Colômbia (3), Itália (3), Honduras (2), Alemanha (1), Estados Unidos da América (1), Haiti (1), Holanda (1), Hungria (1), Paraguai (1), Peru (1), Suíça (1) e Ucrânia (1).

Na Figura 3 podemos observar a distribuição dos médicos segundo a nacionalidade dividindo os municípios em: aqueles que receberam apenas médicos cubanos, apenas médicos brasileiros, apenas profissionais intercambistas, cubanos e intercambistas, brasileiros e intercambistas e os que alocaram médicos cubanos, brasileiros e intercambistas.

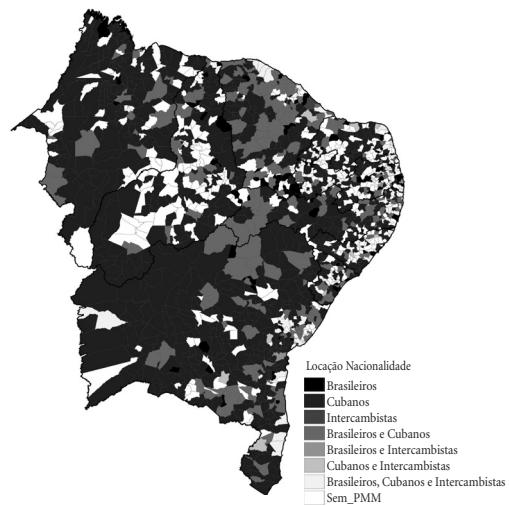
Com relação ao país de atuação antes da participação no programa, dos brasileiros, 794 atuavam no Brasil, 52 em Cuba e 50 em outros países. Dos cubanos, 3733 atuavam em Cuba e dois em outros países. Entre médicos que foram classificados na categoria intercambista, 78 atuavam em outros países, 2 atuavam no Brasil e 5 atuavam em Cuba.

Os médicos foram alocados em cinco tipos de unidades, classificadas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): 3877 médicos ficaram no Centro de Saúde/Unidade Básica; 532 foram alocados em Posto de Saúde; 54 em Unidades Indígenas; 14 foram pra Unidade Mista. As Clínicas/Centros de Especialidade, Hospital Geral e Unidade Móvel receberam cada uma um médico. Não foi informado o CNES da unidade onde 172 médicos foram alocados. O número do CNES fornecido de 49 unidades, que alocaram 63 médicos, não foram encontrados. Não foi especificando onde um profissional foi alocado.

**Tabela 2.** Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos segundo porte populacional e IDHM. Nordeste, dezembro 2014.

Porte do município e IDHM	Quantidade de médico distribuídos											
	1 a 5		5 a 10		10 a 15		15 a 20		20 e mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor que 10.000	<b>348</b>	<b>100.0</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>348</b>	<b>26.9</b>
De 0,400 a 0,499	6	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1.7
De 0,500 a 0,599	257	73.9	-	-	-	-	-	-	-	-	257	73.9
De 0,600 a 0,699	85	24.4	-	-	-	-	-	-	-	-	85	24.4
Entre 10.000 e 20.000	<b>414</b>	<b>92.2</b>	35	<b>7.8</b>	-	-	-	-	-	-	<b>449</b>	<b>34.7</b>
De 0,400 a 0,499	5	1.2	0.0	-	-	-	-	-	-	-	5	1.1
De 0,500 a 0,599	293	70.8	30	85.7	-	-	-	-	-	-	323	71.9
De 0,600 a 0,699	115	27.8	5	14.3	-	-	-	-	-	-	120	26.7
De 0,700 a 0,799	1	0.2	0.0	-	-	-	-	-	-	-	1	0.2
Entre 20.001 e 50.000	<b>207</b>	<b>60.5</b>	<b>123</b>	<b>36.0</b>	<b>11</b>	<b>3.2</b>	<b>1</b>	<b>0.3</b>	-	-	<b>342</b>	<b>26.4</b>
De 0,400 a 0,499	1	0.5	1	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	2	0.6
De 0,500 a 0,599	111	53.6	66	53.7	4	36.4	0.0	0.0	-	-	181	52.9
De 0,600 a 0,699	95	45.9	56	45.5	7	63.6	1	100.0	-	-	159	46.5
Entre 50.001 e 100.000	<b>31</b>	<b>30.1</b>	<b>42</b>	<b>40.8</b>	<b>22</b>	<b>21.4</b>	<b>5</b>	<b>4.9</b>	<b>3</b>	<b>2.9</b>	<b>103</b>	<b>8.0</b>
De 0,500 a 0,599	5	16.1	10	23.8	6	27.3	3	60.0	0.0	0.0	24	23.3
De 0,600 a 0,699	25	80.6	29	69.0	16	72.7	2	40.0	3	100.0	75	72.8
De 0,700 a 0,799	1	3.2	3	7.1	-	-	0.0	-	-	-	4	3.9
Entre 100.001 e 500.000	<b>4</b>	<b>9.5</b>	<b>12</b>	<b>28.6</b>	<b>16</b>	<b>38.1</b>	<b>6</b>	<b>14.3</b>	<b>4</b>	<b>9.5</b>	<b>42</b>	<b>3.2</b>
De 0,500 a 0,599	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0	1	25.0	1	25.0	1	2.4
De 0,600 a 0,699	2	50.0	9	75.0	13	81.3	4	66.7	2	50.0	30	71.4
De 0,700 a 0,799	2	50.0	3	25.0	3	18.8	2	33.3	1	25.0	11	26.2
Mais de 500.001 hab	1	10.0	1	10.0	-	-	1	10.0	7	70.0	10	0.8
De 0,700 a 0,799	1	100.0	1	100.0	-	-	1	100.0	7	100.0	10	100.0
Total Geral	<b>1005</b>		<b>213</b>		<b>49</b>		<b>13</b>		<b>14</b>		<b>1294</b>	<b>100.0</b>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados cedidos pela SEGTE/SMS e extraídos do DATASUS/Estimativas do TCU.



**Figura 3.** Distribuição de médicos do Programa Mais Médicos segundo Nacionalidade, Nordeste, dez 2014.

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Ministério da Saúde.

## Discussão

Segundo o Conselho Federal de Medicina<sup>4</sup>, em 2010, havia no Brasil 388.015 médicos e uma população de 193.867.971 habitantes (com razão de 2,00 médicos/1000 hab.) Destes, 66.532 (17%) estavam registrados no Nordeste, com razão de 1,18 médicos/1000 hab.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>10</sup>, os quatro estados com piores indicadores de distribuição de médicos antes do PMM no Nordeste, na relação médicos/1000 hab. eram: Bahia (1,09), Ceará (1,05 médico/1000 hab.), Piauí (0,92) e Maranhão (0,58). O estado de Pernambuco se situava como o de maior indicador de distribuição no NE (1,39).

Embora a inserção dos 4716 médicos no Nordeste aponte uma importante iniciativa para superar este déficit histórico, não houve variação significativa na taxa geral de distribuição de médicos na região, o aumento foi de 0,11 na taxa geral no Nordeste.

A superação da dificuldade de distribuição e fixação de médicos em regiões de difícil acesso não é uma tarefa fácil<sup>14</sup>, tendo em vista que mesmo quando o país dispõe de número adequado na relação médico/1000 hab. a distribuição desses profissionais tende a ser concentrada em certas regiões, gerando um resultado socialmente indesejado<sup>15</sup>. Este paradoxo pode ser observado também nos achados do presente estudo: ainda que esteja evidente a tentativa de priorização das regiões mais vulneráveis e com os piores indicadores sociais, a distribuição dos médicos na região manteve uma forte concentração nas capitais. Estes resultados sugerem que mesmo nas capitais as áreas periféricas carecem de profissionais.

Embora o aumento do efetivo médico tenha tornado-se persistente a partir dos anos de 1970, não foi suficiente para beneficiar, de maneira homogênea, todos os cidadãos brasileiros, pois uma série de fatores conduz à heterogeneidade do fluxo de médicos no território nacional<sup>4</sup>.

Nesse sentido, o PMM avança no provimento de médicos, mas não corrige certas iniquidades, como o fato de Pernambuco receber mais médicos que o Maranhão, quando o primeiro, antes do PMM, tinha uma taxa de distribuição de médicos maior que o segundo. Mesmo estando claro que foram utilizados critérios de priorização para atender áreas mais carentes, pôde-se observar que o Maranhão ainda persiste com a menor taxa de médico/1000 hab. do Nordeste. Tais resultados podem contribuir para o aperfeiçoamento do programa à medida que sejam identificadas, ao longo da implantação, como as necessidades desses Estados foram atendidas.

O fato de ter sido observada maior alocação de médicos em municípios com menores IDHM e com população menor que 20.000 habitantes no Nordeste, mostra que os critérios de adesão do PMM avançam na correção da desigualdade histórica na distribuição de médicos na Região no que se refere ao desenvolvimento socioeconômico. Além disso, a ampla adesão de municípios no Nordeste, incluindo aqueles mais desenvolvidos, indica que a carência de médicos não se restringe aos municípios pequenos e menos desenvolvidos.

A adoção da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada principal do SUS tornou a carência de médicos um cenário mais dramático, na medida em que demandou que os municípios tivessem condição de universalizar o acesso aos profissionais da APS. Embora exista a expectativa de remediar esta situação a partir do avanço da implementação do Programa Mais Médicos, os

resultados apresentados sugerem que a expressiva predominância de municípios que receberam entre 1 e 5 médicos demanda a necessidade de novas contratações para uma elevação mais significativa do quantitativo de médicos e da relação médico-habitante.

Historicamente, a região Nordeste tem apresentado as maiores taxas de pobreza, sendo o estado da Bahia o que mais concentra municípios abaixo da linha da pobreza quando comparado aos demais estados dessa região<sup>2</sup>.

Observou-se que o Piauí, apesar de se configurar como o segundo estado do Nordeste com a menor taxa de médicos/1000 hab. (0,92), ficando atrás apenas do Maranhão (0,58)<sup>4</sup>, recebeu apenas 319 médicos. Fica evidente, como mostrado na Figura 1, o vazio de cobertura do PMM e a predominância quase absoluta da distribuição de 1 a 5 médicos nos municípios que receberam médicos pelo PMM.

O critério para receber médicos pelo PMM restringe-se ao fato do município demandar a necessidade e inscrever-se para receber o profissional<sup>11</sup>. Abre-se precedente para que os municípios cuja gestão se opõe ao Governo Federal não se inscrevam por motivos de oposição política e não pela falta de profissionais médicos, o que pode ter ocasionado o paradoxo de Pernambuco receber mais profissionais que o Piauí, quando claramente a necessidade do segundo Estado se sobressai e persiste mesmo com a implementação do PMM.

No Brasil, 17% dos municípios registram a distribuição da renda anual por habitante inferior a R\$1.000. Bahia e Pernambuco estão entre os estados que mais concentram municípios com baixa renda *per capita*, 39% e 52%, respectivamente. Dos municípios com renda inferior a R\$1.000 por ano, 100 deles possuem população superior a 80 mil habitantes, classificados como pertencentes ao G100, sendo 40 da Região Nordeste<sup>16</sup>. Destes, 36 receberam médicos pelo PMM, ficando o indicativo de uso de critérios para alocação dos médicos segundo a necessidade.

Outro aspecto importante observado nos achados do presente estudo foi o fato dos municípios em situação de *extrema pobreza* terem sido os mais beneficiados, recebendo o maior número de profissionais. De acordo com Girardi et al.<sup>1</sup>, o número de municípios qualificados com *escassez* de médicos em Atenção Primária aumenta quando indicadores de altas necessidades sociais e de saúde são elevados.

No entanto, a classificação “Outros” (municípios com áreas referentes aos 40% dos setores

censitários com os maiores percentuais de população em extrema pobreza, conforme o IBGE) ficou em segundo lugar na distribuição por perfil de municípios. Ao analisar mais profundamente quem são esses municípios, percebeu-se que 61% se encaixa no *perfil de vulnerabilidade*, estando situados no *semiárido*. A maioria pertence ao estado da Bahia bem como, possuem pelo menos 20% de sua população vivendo abaixo da linha da pobreza.

Ao cruzar os dados dos municípios pertencentes à classificação *Pobreza* (municípios com pelo menos 20% da população vivendo abaixo da linha da pobreza) e localizados no *semiárido*, percebe-se que 1793 destes estão classificados em ambos os perfis. Ou seja, 71% dos municípios do *semiárido* possui, no mínimo, 20% da população em situação de *extrema Pobreza*. Desta forma, o PMM tem sido coerente com a proposição de beneficiar os municípios mais necessitados, além de evidenciar que as áreas mais carentes estão expostas a várias situações de vulnerabilidade.

A Região que compreende o Semiárido Nordestino tem como característica a escassez de recursos hídricos e a má distribuição das chuvas durante o ano. Os municípios do semiárido enfrentam condições de vulnerabilidade que comprometem as condições de saúde da população<sup>17</sup>, apontando uma necessidade de implementação de políticas públicas direcionadas também para superar as dificuldades em prover profissionais de saúde nesses municípios.

Apesar deste estudo indicar que o maior número de profissionais foi direcionado à região do *semiárido*, a Figura 2 evidencia persistência do vazio de cobertura de médicos no semiárido dos Estados Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba e Alagoas. Este achado sugere a necessidade de avançar na implementação do PMM e aumentar a contratação de profissionais médicos para cobrir áreas que permanecem com vazio.

Na distribuição segundo o perfil do município, observou-se que 83% do total de profissionais do PMM no Nordeste foram alocados em municípios que enfrentam alguma situação de vulnerabilidade. Embora o PMM seja uma importante iniciativa para auxiliar os municípios mais vulneráveis a suprir a necessidade de médicos, não é suficiente para resolver os problemas a que tais populações estão submetidas devido às desigualdades socioeconômicas e históricas que enfrentam. Fica evidente a necessidade de implementação de políticas que não se restrinjam a suprir uma demanda específica (como a de médicos) e sim que auxiliem tais municípios a superar

tais desigualdades que vitima parte significativa da população brasileira.

Quase 80% dos profissionais atuantes no PMM no Nordeste são cubanos. O que evidencia a importância da cooperação com a OPAS para viabilizar a inserção desses profissionais na APS, além de demonstrar o papel histórico que os médicos cubanos têm cumprido no auxílio ao enfrentamento das dificuldades de saúde de povos de diversos países do mundo.

Na pesquisa desenvolvida por Medeiros<sup>18</sup>, que realizou entrevistas com médicos cubanos sobre o porquê de participar em missões para auxiliar no enfrentamento aos problemas de saúde, fica evidente que estas missões são entendidas como naturais e fazem parte da solidariedade do povo cubano com os diversos povos no mundo.

O número de profissionais brasileiros alocados em municípios com dificuldades de fixação de médicos chega a 57% do total de médicos brasileiros no programa. Contudo, mesmo os designados às localidades com maiores vulnerabilidades socioeconômicas, são os municípios com menores distâncias das capitais, apontando a predominância de escolha, por parte dos médicos brasileiros, por cidades próximas aos grandes centros urbanos.

No que se refere à distribuição por faixa etária, o resultado deste estudo corrobora com a pirâmide etária dos médicos com registro no Conselho Federal de Medicina<sup>4</sup>, onde 41% dos profissionais têm 39 anos ou menos.

Quanto ao sexo destes profissionais, seguindo uma tendência mundial de feminização da profissão médica, 57% são mulheres. Este resultado compactua com o mesmo processo no Brasil que, a partir de 2009, as mulheres superaram os homens entre os novos registros no CFM e em 2011 se tornam maioria na faixa etária de 29 anos ou menos<sup>19</sup>.

O número de matrículas de mulheres no ensino superior no mundo inteiro aumentou mais de sete vezes, desde 1970, enquanto o número de homens matriculados cresceu quatro vezes<sup>4</sup>. Tal transformação poderá influenciar na evolução da profissão, com consequências nas práticas médicas, na qualidade da assistência e na organização dos serviços de saúde<sup>19</sup>.

É de suma importância identificar as áreas geográficas e as populações que sofrem de carência ou escassez severa de profissionais de saúde, especialmente, de cuidados primários, a fim de que sejam implementadas políticas públicas que visem a segurança assistencial no âmbito do SUS<sup>1</sup>.

Campos et al.<sup>14</sup> questionam sob que condições foram dadas aos municípios quando estes

assumiram a provisão de toda estrutura técnica e de pessoal no momento de criação do SUS, momento em que a municipalização assumiu papel estratégico na descentralização da saúde. Todavia, mesmo considerando a importância da municipalização para garantir a autonomia dos municípios, muitos destes ainda não dispõem de recurso próprio suficiente para prover as condições necessárias para efetivação da Atenção Primária. Deste modo, destacamos a importância do PMM como mecanismo de subsídio para que os municípios mais vulneráveis disponham de médico, na medida em que os serviços de saúde que tiveram o CNES informado e localizado para onde esses profissionais foram direcionados, pertencem à rede de APS (99,9%).

Para Lampert<sup>20</sup>, o PMM surge como uma das respostas do Governo Federal às manifestações populares que aconteceram no período de junho e julho de 2013, nas quais a população reivindicava melhorias na qualidade de vida, tendo a dos serviços de saúde como uma das bandeiras de luta.

Embora o PMM se proponha a enfrentar os problemas a respeito da carência de médicos a longo prazo, é necessário avaliar a forma de adesão dos municípios ao Programa. Deixar a cargo da gestão municipal solicitar ou não médicos do PMM, mesmo quando a necessidade desse profissional é evidente, é também submeter a população de tais municípios aos conchavos políticos da gestão. Este estudo aponta a necessidade de intervenção do Estado para exigir que os municípios que têm vazios de médicos e não optarem por receber médico pelo PMM, tenham prazo para alocar tais profissionais nos serviços de saúde, caso não consigam, é de se avaliar a alocação de médicos do PMM compulsoriamente.

Destaca-se também que aumentar a razão de médico/1000 hab. não significa reduzir as

desigualdades entre as regiões e entre os setores público e privado da saúde. Como apontado na *Demografia Médica*<sup>4</sup>, se não forem adotadas novas políticas de atração e fixação de médicos e implementadas mudanças estruturais no funcionamento do sistema de saúde brasileiro, é difícil que qualquer intervenção estatal garanta esse profissional com o passar dos anos.

Para tanto, Scheffer<sup>21</sup> aponta três possíveis intervenções como medida em longo prazo para minimizar as dificuldades de provisão de médicos relacionadas à formação médica: o primeiro grupo de medidas com foco nos futuros médicos, aumentando, desde a graduação, o número e a qualificação dos dispostos a trabalhar nas regiões menos atrativas; o segundo, dirigido aos médicos em atividade, inclui incentivos financeiros e regulatórios para deslocar os profissionais que vivem concentrados em determinadas regiões e atividades; o terceiro prevê alternativas que envolvam outros profissionais de saúde combinadas com tecnologias de telemedicina e assistência à distância.

Diante do exposto, pode-se concluir que, em termos quantitativos, o PMM tem sido importante para suprir a carência de profissionais médicos nas regiões mais vulneráveis do Nordeste brasileiro, caracterizando-o como a iniciativa governamental mais madura implementada nos últimos anos no SUS, tendo em vista que se propõe além de prover médicos em áreas remotas, garantir a universalização da graduação em medicina e especialidades médicas para os próximos anos.

Entretanto, é importante que sejam desenvolvidos estudos que possam aprofundar os achados da presente investigação, identificando a efetividade do Programa na resolução dos problemas de saúde dos brasileiros, analisando a mudança dos indicadores de saúde, bem como a possível transformação do processo de trabalho nos serviços de saúde.

## Colaboradores

PTA Nogueira e KSB Silva contribuíram com delineamento, análise, interpretação dos dados, redação e discussão. AFB Bezerra contribuiu com a definição e delineamento. AFB Leite contribuiu com a análise, interpretação dos dados e construção de tabelas e mapas. IMC Sousa contribuiu com a definição, delineamento e redação do artigo. RF Gonçalves contribuiu com a análise e interpretação dos dados.

## Referências

1. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan der Maas L, Campos LA. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-186.
2. Silva LDC, Souza WPSF, Silva MVB. Análise Espacial da Extrema Pobreza na Região Nordeste: uma aplicação para os municípios. In: *IX Encontro de Economia Baiana*. Salvador: Bahia, Setembro, 2013. p. 296-316.
3. Machado MH, organizadora. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
4. Scheffer M, organizador. *Demografia Médica no Brasil*, v. 2. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2013.
5. Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
6. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo AQ, Matos MFM, Cyrino EQ. "Mais Médicos": um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
7. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa mais médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim informativo do Ministério da Saúde destinado aos parlamentares*. N° 159. Outubro de 2013. [acessado 2016 jun 16]. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2013/dezembro/19/radar-sauda-n159-c.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS [homepage na internet]. *Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Mortalidade e nascidos vivos: nascidos vivos desde 1994*. Brasília (DF): MS; 2008. [acessado 2016 jun 16]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj>
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: MS; 2015.
11. Brasil. Ministério da Integração Nacional (MIN). Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. *Nova Delimitação do Semi-Árido Brasileiro*. Brasília: MIN; 2005.
12. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA). *Guia de Cadastramento de Famílias Quilombolas*. 2ª ed. Brasília: MDA; 2009.
13. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro*. Brasília: PNUD, Ipea, FJP; 2013. Série Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.
14. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. *A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades*. Rio de Janeiro: Divulgação em Saúde para Debate; 2009. n. 44
15. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1555-1564.
16. Frente Nacional dos Prefeitos (FNP). *G100 Municípios Populosos com Baixa Receita Per Capita e Alta Vulnerabilidade Social*. Florianópolis: FNP; 2010.
17. Bezerra NF. Água no Semiárido Nordestino Experiências e Desafios. In: *Água e Desenvolvimento Sustentável no Semiárido*. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2012. p. 35-52. Série Debates nº 24.
18. Medeiros ES. Motivação de Médicos Cubanos em uma Política Pública Brasileira: a Xenofobia e Interferência na Qualidade dos Serviços. In: *Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*, XI, 2014. Resende-RJ. [acessado 2016 jan 16]. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/39920453.pdf>
19. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev. bioética* 2013; 21(2):268-277.
20. Lampert JB. Formação médica: integralidade em saúde e cidadania. *Rev.Fac. Ciênc. Méd. Sorocada* 2014; 16(1):IV-V.
21. Scheffer MC. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):637-640.

Artigo apresentado em 30/03/2016

Aprovado em 05/07/2016

Versão final apresentada em 07/07/2016