



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

de Freitas Mendonça, Fernanda; Abucarub de Mattos, Luis Fernando; Bernardes Duarte de Oliveira, Emmeline; Milena Domingos, Carolina; Takeo Okamura, Carlos; Gimenez Carvalho, Brígida; Polo de Almeida Nunes, Elisabete de Fátima

Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 9, septiembre, 2016, pp. 2907-2915

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047411029>

- 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

Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná

Participation of small municipalities in the *Mais Médicos para o Brasil* (More Doctors to Brazil) Project in the macro-region of Northern Paraná

Fernanda de Freitas Mendonça¹

Luis Fernando Abucarub de Mattos¹

Emmeline Bernardes Duarte de Oliveira¹

Carolina Milena Domingos¹

Carlos Takeo Okamura¹

Brígida Gimenez Carvalho¹

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes¹

Abstract Doctor shortage is a constant problem in smaller cities and towns, which tend to be more vulnerable from a social and economic point of view, and located in geographically isolated areas. The goal of this study was to establish the share and characteristics of the small cities and towns in the macro-region of northern Paraná that subscribed to the Mais Médicos para o Brasil (PMMB) program. This is a quantitative study of 82 cities and towns using primary and secondary data. Results show that only a few of them (6.1%) had any adherence criteria, which was not an impediment for other cities and towns (75%) to adhere to the project. Cities and towns with over five thousand inhabitants, lower municipal HDI (Human Development Index), some adherence criteria and more geographically isolated, either from the main city in the region or the closest large or mid-sized city, tended to adhere to the PMMB. It is undeniable that the PMMB significantly reduced the uneven distribution of doctors in Brazil and the study region. However, the sustainability of this policy is linked to addressing other remaining challenges in the SUS system.

Key words Health management, Small cities and towns, Doctors, Healthcare policy

Resumo Em municípios de pequeno porte, que em geral são situados em áreas geográficas mais isoladas, combinado com situações de maior vulnerabilidade social e econômica, a escassez de médicos é um problema constante. O objetivo deste estudo foi identificar a participação e as características dos municípios de pequeno porte da macrorregião norte do estado do Paraná que aderiram ao Projeto Mais Médico para o Brasil (PMMB). Trata-se de um estudo quantitativo realizado em 82 municípios que utilizou dados primários e secundários. Os resultados revelaram que eram poucos os municípios que possuíam algum critério de adesão (6,1%), mas isso não representou um impedimento para que os demais aderissem ao projeto (75,6%). Os municípios que possuíam menores índices de desenvolvimento humano, que tinham população de mais de cinco mil habitantes, algum critério de adesão e que eram mais afastados, seja da sede da região, seja do município de médio/grande porte mais próximo foram os que mais aderiram ao PMMB. Não se pode negar que o PMMB reduziu de forma significativa a distribuição desigual de médicos no Brasil e na região de estudo. Contudo, a sustentabilidade dessa política precisa estar atrelada ao enfrentamento de outros desafios que ainda persistem no SUS.

Palavras-chave Gestão em saúde, Cidades pequenas, Médicos, Política de saúde

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Av. Robert Koch 60, Vila Operária, 86039-440 Londrina PR Brasil. fernanda0683@gmail.com

Introdução

Desigualdades na distribuição geográfica de médicos são encontradas em vários países e regiões. Na Austrália, por exemplo, a proporção de médicos por 1000 habitantes em comunidades rurais é de 0,9. Tal carência, também se observa nos Estados Unidos, tanto que 25% dos médicos são de outra nacionalidade¹. E ainda, se considerarmos regiões cujo cenário econômico é desfavorável, essa escassez atinge déficits ainda mais críticos tais como os países da África e do Sudoeste da Ásia².

A carência de médicos no Brasil não é um problema atual, já na década de 1970 o país contava com um médico para cada 2040 habitantes e 1895 municípios sem médicos³. Esta situação foi melhorando com os anos, em 2009 já eram cerca de um médico para 676 habitantes⁴. No entanto, mais de 20% dos municípios do Brasil apresentam algum grau de escassez de médicos⁵. Há sim uma escassez associada a uma má distribuição de médicos no Brasil. Em 2015, a relação de médicos por habitante no país era de 1,9 médicos por mil habitantes⁶. Índice inferior aos apresentados por países como Inglaterra (2,7), Portugal (3,8), Espanha (3,9) e Argentina (3,2)⁷.

No Brasil, estratégias para a fixação de profissionais de saúde em áreas remotas já tiveram início em 1976 com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1993 com o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS) e em, 2001 o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). O mais recente foi o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB)^{1,7,8}.

Em janeiro de 2013 a Frente Nacional dos Prefeitos (FNP) lançou uma campanha *Cadê o médico?* Esta, era petição reivindicando a contratação de médicos estrangeiros para atuar nos locais onde havia escassez⁹. Tal petição, aliada à recomendação da OMS, fez com que o Programa Mais Médicos (PMM) fosse instituído pela Lei nº 12.871/2013, sendo o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) a parte que gerencia o provimento desses profissionais.

Se comparada às estratégias anteriores, o PMM não se atentou apenas para a questão do provimento, pois se estrutura em três esferas de atuação. Além de implantar novas diretrizes curriculares no curso de medicina, busca também aumentar o número de vagas de graduação e residência nas universidades e, por fim, viabilizar a contratação de médicos brasileiros e estrangeiros

para atuar, sobretudo, em municípios cuja quantidade esteja abaixo do preconizado¹⁰. A grande inovação do PMM, no que se refere ao provimento, foi a chamada internacional, porque, além dos 1846 médicos brasileiros, o programa passou a contar com mais 12616 de outras nacionalidades de 49 países, sendo os cubanos os que mais aderiram¹.

Todos os municípios podem aderir ao projeto, contudo, há critérios para isso, tais como: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo/muito baixo, 20% de população em extrema pobreza, fazer parte de regiões do Semiárido, Norte com escassez, Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Ribeira; Regiões de alta vulnerabilidade de capitais, regiões metropolitanas e G100; Municípios que participaram do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB); Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); e Municípios com cobertura da Atenção Básica abaixo do necessário¹¹.

No campo da atenção básica a escassez de médicos se torna um problema de maior magnitude, visto que a inserção destes na estratégia saúde da família constitui um dos grandes desafios, pois em geral estão concentrados em grandes centros urbanos e atuando no meio hospitalar^{9,12}. Nos municípios de pequeno porte, cujos serviços de saúde são predominantemente a atenção básica e em geral situados em áreas geográficas mais isoladas, com situações de maior vulnerabilidade social e econômica, essa escassez se torna ainda mais preocupante⁵. Do total de 1304 municípios brasileiros que apresentam algum grau de carência de médicos na atenção básica, 875 (67,1%) são de pequeno porte, ou seja, com menos de 20 mil habitantes⁵. Na mesma linha, a demografia médica revelou que os índices de médicos por habitantes em municípios de pequeno porte são bem inferiores se comparados aos municípios de médio e grande porte⁶.

Na macrorregião norte do Paraná, local do presente estudo, do total de 97 municípios, 82 (84,5%) são de pequeno porte¹³. Diante disso, considerando as particularidades de municípios pequenos no que se refere ao provimento de profissionais médicos, é fundamental investigar como se deu a adesão ao PMMB, no sentido de verificar em que medida o projeto tem alcançado os resultados propostos pela PMM. Vale ressaltar que estudos sobre o quantitativo desses profissionais no âmbito municipal são necessários, pois a verificação da presença do médico por região ou estado não permite evidenciar a real carência deles nos municípios menores, mais distantes, que

têm dificuldades de contratação e fixação. Portanto, o objetivo do estudo foi identificar a participação e as características dos municípios de pequeno porte da macrorregião norte do estado do Paraná que aderiram PMMB.

Trajetória metodológica

Este estudo é um recorte de uma pesquisa intitulada “A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora” apoiada financeiramente pela Fundação Araucária, chamada de Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde/PPSUS. Foi empregada abordagem quantitativa com o recorte da participação dos municípios de pequeno porte no PMMB.

A macrorregião norte do Paraná possui 82 municípios de pequeno porte (população até 20.000 habitantes)¹³, ou seja, grande parte da área de estudo apresenta características que não favorecem a fixação de médicos, seja pela distância que se encontram dos grandes centros urbanos, seja por situações de maior vulnerabilidade social e econômica. Esses municípios estão distribuídos em cinco Regionais de Saúde (Figura 1).

Para melhor visualização, o Quadro 1 apresenta os municípios de pequeno porte das regionais referidas.

Os critérios de adesão adotados para esta pesquisa foram o IDH, estar no PROVAB e fazer parte do DSEI, tendo em vista que os demais

critérios não fazem parte da realidade da região de estudo.

Este estudo utilizou como fontes de dados secundários, informações relativas ao DSEI por meio do portal da Secretaria Estadual de Saúde Indígena (SESI) do Ministério da Saúde; número populacional e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) por meio do portal do Instituto de Brasileiro de Geográfica e Estatística (IBGE); e dados relativos às adesões ao PROVAB obtidas pelo portal do PROVAB do Ministério da Saúde. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevista com os gestores dos 82 municípios. Os dados eram referentes à adesão ao PMMB e o número de médicos que integravam o projeto.

Assim, as variáveis do estudo foram: número de habitantes, IDHM, fazer parte do DSEI, adesão ao PROVAB, adesão ao PMM, número de profissionais no programa e as distâncias (Km) dos MPP até o município sede da regional e até o de maior porte mais próximo. Os dados foram coletados de novembro de 2014 a junho de 2015, organizados em um banco de dados no Excel e analisados com o auxílio do programa Epi-Info versão 3.5.4 para Windows.

Os aspectos éticos que regem esta pesquisa estão descritos na resolução 466/12¹⁴ e foram aprovados pelo comitê de ética e pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina.

Resultados

Foram analisados 82 MPP da macrorregião norte do estado do Paraná, e destes, apenas 5 (6,1%) atendiam aos critérios para adesão prioritária ao PMMB. Cinco municípios possuíam dois critérios de adesão: fazer parte do DSEI e ter aderido ao PROVAB. Apesar de a maior parte dos municípios não atender aos critérios estabelecidos pela lei, mais da metade dos MPP (62) dessa região aderiram ao PMMB (75,6%) (Figura 2).

A adesão ao PMMB por regional também apresentou números superiores em relação à não adesão. A regional que teve o maior número de adesões foi a 19^a RS (83,3%) ao passo que a com o menor número de municípios aderidos foi a 17^a RS (59%) (Gráfico 1).

No que se refere ao número de médicos, a maior parte dos municípios, 49 (79%), recebeu um médico, seguido por 8 (12,9%) que receberam dois. Cinco (8,1%) receberam entre três e quatro.

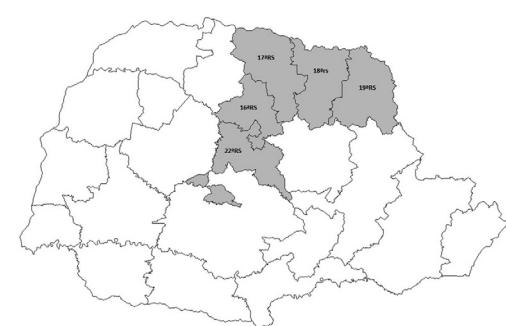


Figura 1. Mapa das Regionais de Saúde (16ªRS, 17ªRS, 18ªRS, 19ªRS e 22ªRS) da Macrorregião Norte do Paraná, 2015.

Quadro 1. Distribuição dos municípios de pequeno porte das regionais de saúde referidas 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a da região da Macrorregião Norte do Paraná, 2015.

Municípios da 16 ^a RS	Municípios da 17 ^a RS	Municípios da 18 ^a RS	Municípios da 19 ^a RS	Municípios da 22 ^a RS
Bom Sucesso	Alvorada do Sul	Abatiá	Barra do Jacaré	Arapuã
Borrazópolis	Assaí	Congonhinhas	Carlópolis	Ariranha do Ivaí
Califórnia	Bela Vista do Paraíso	Itambaracá	Conselheiro Mairinck	Cândido de Abreu
Cambira	Cafeara	Leópolis	Figueira	Cruzmaltina
Faxinal	Centenário do Sul	Nova Anérica da Colina	Guapirama	Godoy Moreira
Grandes Rios	Florestópolis	Nova Fátima	Jaboti	Jardim Alegre
Kaloré	Guaraci	Nova Santa Bárbara	Japira	Lidianópolis
Marilândia do Sul	Jaguapitã	Rancho Alegre	Joaquim Távora	Lunardelli
Marumbi	Jataizinho	Ribeirão do Pinhal	Jundiaí do Sul	Manoel Ribas
Mauá da Serra	Lupionópolis	Santa Amélia	Pinhalão	Mato Rico
Novo Itacolomi	Miraselva	Santa Cecília do Pavão	Quatiguá	Nova Tebas
Rio Bom	Pitangueiras	Santa Mariana	Ribeirão Claro	Rio Branco do Ivaí
Sabáudia	Porecatu	Santo Antônio do Paraíso	Salto do Itararé	Rosário do Ivaí
São Pedro do Ivaí	Prado Ferreira	São Jerônimo da Serra	Santana do Itararé	Santa Maria do Oeste
	Primeiro de Maio	São Sebastião da Amoreira	São José da Boa Vista	São João do Ivaí
	Sertanópolis	Sapopema	Siqueira Campos	
	Tamarana	Sertaneja	Tomazina	
		Uraí	Wenceslau Braz	
Total: 14 MPP(82,3%)	Total: 17 MPP(80%)	Total:18 MPP(86%)	Total: 18 MPP(78%)	Total: 15 MPP(94%)

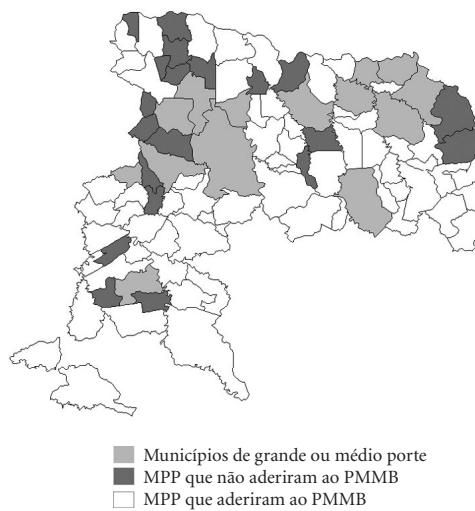


Figura 2. Representação dos municípios da macrorregião norte do estado de acordo com a adesão ao Programa Mais Médicos, Paraná, 2015.

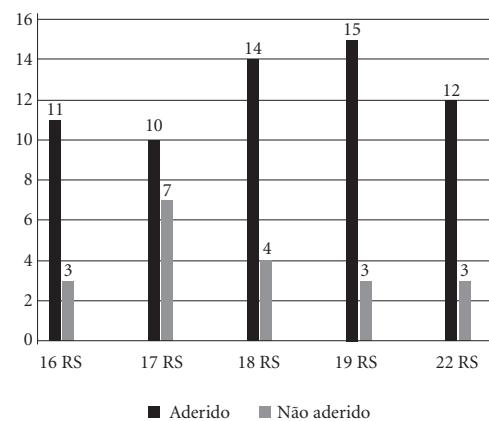


Gráfico 1. Número de municípios aderentes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil na região norte do Paraná por regionais, 2015.

Já em relação às características dos MPP que aderiram ao PMMB (Tabela 1), verificou-se que os municípios que possuíam IDHM médio foram os que tiveram maiores percentuais de adesão.

No critério população, os municípios que tinham entre 10.000 e 20.000 habitantes foram os que apresentaram maior adesão ao PMMB. Os municípios com população entre 5.000 e 10.000 obtiveram resultados proporcionais de adesão semelhantes, entretanto, os dos primeiros foram consideravelmente inferiores.

Todos os municípios dentro dos critérios – PROVAB e DSEI – estabelecidos pela lei nº 12.871/2013 aderiram ao PMMB (Tabela 1). Na região norte do estado do Paraná o projeto atingiu seu objetivo no que se refere à adesão dos municípios que atendem os critérios. Vale ressaltar esses municípios estavam localizados em regiões remotas e com condições sociais e econômicas restritas.

Outra característica dos municípios que mais aderiram ao PMMB foi estar entre os mais distantes do município sede da regional ou do de médio e/ou grande porte mais próximo.

Quanto aos municípios que não aderiram ao PMMB, infere-se que isto pode ter relação com razões políticos, bem como por conter características como altos valores de IDHM ou por estarem mais próximo de grandes centros urbanos.

Discussão

Importante destacar que apesar de esta ser uma região cujos critérios de adesão ao projeto estão pouco presentes, isso não representou um impedimento para que ocorresse, o que permite inferir que a ausência de profissionais médicos não ocorre apenas nas regiões em que os critérios de adesão estão presentes, mas também em outras localidades. O Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais da Área da Saúde (SNEPFPAS) em áreas remotas e de maior vulnerabilidade já apontava que a falta da categoria médica ou sua distribuição desigual não atinge apenas municípios com tais características¹². Um estudo realizado pelo observatório de Recursos Humanos em Saúde – Estação de Pes-

Tabela 1. Características dos municípios de pequeno porte da macrorregião norte do Paraná em relação à adesão ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, 2015.

Características	Adesão ao PMM			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
IDHM				
Alto	26	63,4	15	36,6
Médio	36	87,8	5	12,2
População				
Até 5000 hab	19	65,5	10	34,5
5001-10000 hab	21	80,8	5	19,2
10001-20000 hab	22	81,5	5	18,5
DSEI				
Sim	5	100	-	-
Não	57	74	20	26
PROVAB				
Sim	5	100	-	-
Não	57	74	20	26
Distância até município sede da regional de saúde				
Até 30km	7	53,8	6	46,2
31-60km	20	74,1	7	25,9
61km e mais	35	83,3	7	16,7
Distância até o município de maior porte				
Até 30km	10	58,8	7	41,2
31-60km	27	79,4	7	20,6
61km e mais	25	80,6	6	19,4

quisa de Sinais de Mercado – EPSM, revelou que no estado do Paraná 89% dos municípios possuem um índice menor do que 0,66 de médicos por 1000 habitantes na atenção primária. Já na macrorregião norte do estado, a frequência foi de 80,4% municípios com valores também inferiores a esse índice. Quando isolados os municípios de pequeno porte o índice de até 0,65 de médicos por 1000 habitantes também foi elevado: 78%⁵. Esses dados confirmam que municípios pequenos sofrem com a carência de profissionais médicos. Corroborando os resultados desta pesquisa, um estudo realizado na regional metropolitana de Recife revelou que a maior dificuldade de fixação de médicos na ESF encontra-se nos municípios com a menor quantidade de habitantes¹⁵.

Cada vez mais países buscam medidas para assegurar a universalização da cobertura de saúde, bem como o fortalecimento de um sistema que seja resolutivo e adequado à necessidade de saúde da população. Contudo, esse objetivo não está descolado do provimento de recursos humanos em saúde, inclusive de médicos¹. De acordo com Santos et al.⁹, equipes de saúde que não contam com médico apresentam limites, visto que este profissional possui um núcleo de atuação fundamental para ofertar uma assistência pautada no princípio da integralidade.

É necessário considerar que a ausência de atrativos nas regiões com piores indicadores sociais, assim como as condições inadequadas de trabalho, com cargas horárias excessivas e má remuneração, dificultam a fixação de médicos. Ney e Rodrigues¹⁶ enfatizam que essa dificuldade ocorre principalmente quando a atuação do médico é na atenção básica, e cita várias justificativas, tais como: políticas municipais de recursos humanos inadequadas, precariedade dos vínculos empregatícios, sobrecarga de trabalho, alta rotatividade dos profissionais, insatisfação com o ambiente e as condições de trabalho e ausência de planos de cargos e salários.

Há, porém, estudos que demonstram que renda elevada pode não representar uma compensação, sobretudo quando vão para regiões de isolamento profissional, de baixa qualidade de vida para eles e seus familiares. Diante disso, uma das soluções possíveis está na formulação de políticas públicas e na gestão macroeconômica, as quais devem promover o desenvolvimento de regiões com maior vulnerabilidade, seja social, econômica ou de acesso, contribuindo assim para a correção de alguns aspectos geradores da má distribuição de médicos no país⁶.

No que se refere à adesão por regional, a 17ªRS apresentou menores índices, teve o menor

número de pessoas residindo em municípios pequenos (18,6%), contando com alto desenvolvimento socioeconômico e de oferta de serviços¹⁷. Das cinco regionais é a que apresenta o maior PIB e possui o maior número de estabelecimentos de saúde, com a maior concentração de serviços de média e alta complexidades^{18,19}. Se tomarmos como parâmetros que os médicos tendem a se fixar em locais cuja possibilidade de continuidade dos estudos é maior, onde o PIB é mais elevado e que ofereça melhores condições de trabalho e infraestrutura^{8,20,21}, justificaria o fato de esta ter sido a regional com a maior proporção de não adesão ao PMMB, visto que apresenta características que tendem a atrair os médicos, sem a necessidade de uma política de provimento. Contudo, salienta-se que até mesmo nessa regional a adesão ao PMMB foi em mais da metade dos municípios presentes. Esse resultado é coerente com o relatório do SNEPFPAS, que descreve ausência de médicos também em municípios com recursos financeiros suficientes para os contratar¹².

Por outro lado, a 19ª RS possui 51,6% de pessoas residindo em municípios pequenos e apresenta médio desenvolvimento socioeconômico. De maneira geral, a 19ª RS, em comparação com as demais, apresentou os piores índices de mortalidade infantil até 2006, atingindo um valor de 20,4/1.000 nascidos vivos¹⁸. Nos locais de maior vulnerabilidade social, com altas taxas de mortalidade infantil e condições socioeconômicas precárias costuma haver maior escassez de médicos, assim, a política de provimento torna-se uma das alternativas para essas localidades suprirem essa carência²⁰.

Muitos municípios, sobretudo os de pequeno porte, foram alçados à condição de entes gestores autônomos, sem que o Estado brasileiro tivesse conseguido promover, na maioria deles, as condições mínimas de infraestrutura econômica e social para garantir o direito à saúde. E isso tem relação direta com a fixação de profissionais, pois afeta a capacidade de pagamento de salários bem como de ofertar boas condições de trabalho⁸.

Na maior parte dos MPP, apenas um médico se inseriu no PMMB. Diante disso, infere-se que nessa região o projeto foi importante para completar equipes de saúde da família que se encontravam desfalcadas por profissionais médicos. Segundo Santos et al.⁹, em municípios de difícil acesso, as equipes de Saúde da Família (eSF) não contavam com a participação do profissional médico, limitando a capacidade delas de prestarem um atendimento integral. Um fator que contribui de forma significativa para a não sustentabilidade das equipes é a rotatividade dos

profissionais de saúde, em especial do médico, cujo tempo de permanência nas eSF costuma ser de apenas um ano^{12,22,23}. Para Capozzolo²⁴ são a sobrecarga das eSF, as dificuldades estruturais como a falta de medicamentos, de materiais e de retaguarda de outros níveis de atenção, e a insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, que levariam à alta rotatividade dos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Sobre as características dos MPP, verificou-se que o PMMB está mais presente em municípios com IDHM menores, algo importante do ponto de vista de suprimento de médicos, visto que em regiões de condições socioeconômicas inferiores a escassez desses profissionais tende a ser maior²⁰.

Interessante notar que os municípios com os menores estratos de população foram os que menos aderiram ao PMMB, apesar de Scheffer et al.⁶ afirmarem que estas localidades são as que possuem os menores índices de médicos por habitante. Contudo, tendo em conta as dificuldades de fixação de médicos em municípios pequenos, aqueles que possuem apenas uma eSF obtêm certa vantagem, visto que cabe ao gestor providenciar apenas um profissional, ao contrário dos que possuem de 5000 a 20000 habitantes. Considerando a média de equipe por população estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica, esses municípios necessitam de até sete médicos para cobrir 100% da população²⁵. Deste modo, infere-se que a maior adesão destes municípios ao PMMB deve-se a esse aspecto.

Todos os MPP que tinham critérios de prioridade para adesão, de fato, aderiram ao PMMB. Cabe destacar que é esperado que municípios que possuem algum critério façam a adesão, visto que por meio do projeto, eles têm a possibilidade de transferir as despesas com profissionais médicos, que não são pequenas, para o governo federal. Este fato é relevante, sobretudo, porque a autonomia atribuída aos municípios pela descentralização não foi acompanhada pela capacidade de gestão pública destes entes federados⁸. De acordo com Mendes²⁶ e Silva²⁷, mais de 50% dos municípios brasileiros não arrecadam o bastante para suprir suas despesas com a estrutura administrativa e legislativa.

Se encontrar mais distante de municípios maiores foi uma característica que favoreceu a participação no PMMB. De acordo com Scheffer et al.⁶, regiões mais distantes de grandes centros urbanos tendem a ter mais dificuldades para atrair o profissional médico. Para Póvoa e Andrade²¹, isso ocorre por esses locais, em geral, se-

rem um mercado de trabalho restrito com poucas oportunidades de crescimento profissional para si ou para o cônjuge. Além disso, o médico tende a permanecer em cidades onde haja escolas médicas ou programas de residência ou pelo menos em locais que sejam próximos²⁸. Nesse sentido, destaca-se o aspecto positivo desse projeto na região, pois reduziu as desigualdades na área, sobretudo com o provimento de médicos em cidades mais distantes de grandes centros urbanos.

Para finalizar, não será apenas uma política que dará conta de resolver um problema tão complexo e crônico, e que não afeta apenas a categoria médica. Não há soluções únicas ou isoladas, é necessárias intervenções que articulem a gestão (federal, estadual, municipal), o financiamento, a reorientação dos processos de formação dos profissionais de saúde e a regulação do processo de trabalho em saúde¹².

Considerações finais

Não se pode negar que o PMMB reduziu de forma significativa a distribuição desigual de médicos no Brasil e na região de estudo. Chamou a atenção o fato do déficit de médicos ser uma realidade até mesmo em regiões cujos critérios de adesão não estavam presentes, ou seja, ocorre também em municípios com boas condições socioeconômicas e que não se encontram em áreas remotas. Deste modo inferimos que municípios pequenos, independente da condição social ou da localização, são preteridos na escolha do local de atuação do profissional médico. Diante disso, o PMMB mobilizou os gestores municipais para o enfrentamento da falta de médicos nas suas localidades, mesmo não estando dentro dos critérios de adesão.

No caso do Brasil, em que a saúde é um direito de todos e dever do estado e que tem um sistema cujos princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade, é fundamental a redução da desigualdade na distribuição de médicos, sobretudo em áreas de difícil acesso. Por isso, a urgência e a necessidade da efetividade do direito à saúde, com acesso universal e integral de suas ações e serviços, justificam a instituição da política pública sob a forma de Medida Provisória. Nesse sentido, trata-se de uma política coerente com o SUS na medida em que aumentou o acesso da população, não apenas a uma categoria profissional, mas também a uma série de ações de serviços de saúde que necessariamente dependiam da presença do médico, além de o terem fixado em locais cuja presença era rotativa ou inexisten-

te. Permitindo, dessa forma, que esse profissional obtivesse melhor percepção das necessidades de saúde locais e maior vínculo com a comunidade.

Contudo, é preciso considerar que com o subfinanciamento do SUS, ainda são uma realidade as condições precárias de trabalho. Deste modo, é preciso pensar para além do provimento emergencial e avançar na formulação de políticas que garantam a sustentabilidade desse sistema e boas condições de trabalho para seus profis-

sionais. Ademais, as políticas de provimento só terão potência na medida em que incorporarem o compromisso com a mudança do processo de trabalho. Para tanto, é necessário o aprendizado mútuo entre as instituições formadoras e os serviços, na busca da transformação da realidade local sanitária e sob a perspectiva da educação permanente, além da continuidade da articulação interfederativa, de políticas regulatórias de Estado, bem como do constante monitoramento e aprimoramento do Programa Mais Médicos.

Colaboradores

FF Mendonça trabalhou na concepção do artigo, redação da metodologia, coleta de dados, resultados e discussão. LFA de Mattos e EBD de Oliveira trabalharam na fase de coleta de dados, análise e redação dos resultados. CM Domingos Trabalhou na coleta de dados e redação dos resultados e discussão. CT Okamura, BG Carvalho e EFPA Nunes trabalharam na concepção do artigo e na redação dos resultados e discussão.

Agradecimentos

Fundação Araucária.

Referências

- Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MFM, Cyrino EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(54):623-634.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Trabalhadores de Saúde: um perfil global*. Geneva: OMS; 2006. Relatório Mundial de Saúde.
- Mello CG. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1981.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Estudo para Identificação de Necessidades de Profissionais e Especialistas na Área da Saúde – 1ª Fase: Profissão Médica*. Brasília: MS; 2005.
- Girardi SN. *Identificação de áreas de escassez em recursos humanos em saúde*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado; 2012. Relatório final de atividades.
- Scheffer M, Biancarelli A, Casenote A. *Demografia Médica no Brasil 2015*. São Paulo: DMPUSP, Cremesp, CFM; 2015.
- Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentando o tema provimento de médicos? *Interface (Botucatu)* 2013; 17(47):913-926.
- Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 2007.
- Santos LMP, Costa AM, Girardi SB. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
- 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.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. *Edital nº1 de 15 de janeiro de 2015. Adesão de municípios aos programas de provisão de médicos do ministério da saúde*. Brasília: MS; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. *Seminário Nacional sobre Escassez, Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde em Áreas Remotas de Maior Vulnerabilidade*. Brasília: MS; 2012.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. [acessado 2010 ago 24]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
- Guglielmi MC. *A política pública “saúde da família” e a permanência–fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
- Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2012; 22(4):1293-1311.
- Viana AL, Ferreira MP, Albuquerque MV, Lima LD, Fusaro E, Iozzi F. *Quanto o Brasil mudou I - observações a partir da situação das regiões de saúde nos anos 2000 e 2014. Novos Caminhos. Região e Redes*; 2015. Nota Técnica 1/2015.
- Região e Redes. Caminhos para a Universalização da Saúde no Brasil. Banco de Indicadores Regionais e Tipologias, 2013. [acessado 2015 mai 10]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br>.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Séries Históricas e Estatísticas – Número de Médicos por mil Habitantes*. [acessado 2015 ago 12]. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>.
- Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Maas LWD, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária [acessado 2016 fev 12]. Disponível em: http://www.observatoriorth.org/uruguay/sites/observatoriorth.org.uruguay/files/webfiles/fulltext/publicações/índice_de_escassez_de_médicos_no_brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da.pdf
- Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica de médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1555-1564.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A concepção dos pólos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: Etapa 3*. Brasília: MS; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Informe da Atenção Básica, nº 21*. Brasília: MS; 2004.
- Capozzolo AA. *No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
- Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 17-75.
- Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Pinto LF, Machado MH. Médicos migrantes e a formação profissional: um retrato brasileiro. *Rev Bras Educ Méd* 2000; 24(2):53-64.

Artigo apresentado em 06/03/2016

Aprovado em 04/07/2016

Versão final apresentada em 06/07/2016