

IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CENÁRIO DE ESCASSEZ DE MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina - FM
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva - NESCON
Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Pesquisa de Sinais de
Mercado - EPSM

IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CENÁRIO DE ESCASSEZ DE MÉDICOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Relatório

Belo Horizonte, novembro de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-reitora: Sandra Goulart Almeida

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Vice-diretor: Humberto José Alves

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Coordenador: Francisco Eduardo de Campos

Vice coordenador : Edison José Corrêa

ESTAÇÃO DE PESQUISA DE SINAIS DE MERCADO - OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE .

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Autores

Ana Cristina van Stralen

Sabado Nicolau Girardi

Colaboradores

Cristiana Leite Carvalho

Flávio Paiva Loureiro

Jackson Freire Araújo

Joice Carvalho Rodrigues

Júlia Leite de Carvalho Fernandes

Lucas Wan Der Maas

Estagiários

Erick de Oliveira Faria

Joana Natalia Cella

INSTITUIÇÃO EXECUTORA:

Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON/UFMG

INSTITUIÇÃO FINANCIADORA: Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Belo Horizonte, 2014

LISTA DE SIGLAS

CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
EPSM	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado.
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil.
FTE	<i>Full Time Equivalent.</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MS	Ministério da Saúde.
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PBF	Programa Bolsa Família.
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica.
SESAI	Secretaria Especial da Saúde Indígena.
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.
SGP	Sistema de Gerenciamento de Programa.
SGTS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade.
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil.
UF	Unidade de Federação.
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais.
WHO	World Health Organization.

Sumário

.....	1
Apresentação	6
I - Introdução.....	7
<i>Objetivo</i>	8
II – Metodologia do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária	10
<i>Indicador de oferta de recursos humanos</i>	11
<i>Indicador de alta necessidade de saúde</i>	12
<i>Indicador socioeconômico</i>	13
<i>Construção do índice de escassez</i>	15
<i>Limitações do Índice de Escassez</i>	16
II – Evolução do Índice de Escassez de médicos em Atenção Primária – 2008 a 2013.....	18
III – Distribuição dos médicos do programa ‘Mais Médicos’ comparando com o Índice de Escassez de março de 2013.	20
a) Distribuição ‘Mais Médicos’ segundo o Índice de Escassez em Atenção Primária	20
b) Distribuição dos médicos do programa ‘Mais Médicos’ segundo o Índice de Escassez em Atenção Primária e os critérios de distribuição estabelecidos pelo Ministério da Saúde	28
IV - Construção de um cenário de escassez de médicos em atenção primária para 2014.	30
Considerações finais.....	37
Referências bibliográficas	38

Apresentação

O presente trabalho integra a Pesquisa Avaliativa do Programa Mais Médicos encomendada pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) e conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tem como objetivo apresentar a análise do impacto da provisão dos profissionais do programa sobre os cenários de escassez de médicos nos municípios brasileiros, considerando o Índice de Escassez em Atenção Primária construído pela EPSM anterior e posteriormente a implantação do programa.

I - Introdução

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionados pela escassez e má distribuição geográfica de profissionais de saúde, principalmente de médicos, têm sido apontadas como um problema sério e persistente na maioria dos países, independentemente do seu nível de desenvolvimento econômico (WHO, 2010). No Brasil não é diferente, existe uma significativa escassez de médicos, principalmente em regiões mais remotas, violentas e inseguras do país (Campos et. al., 2009).

Estudos realizados pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/NESCON/FM/UFMG) entre 2008 e 2013 revelam que durante este período cerca de 1200 municípios conviviam com escassez de médicos em Atenção Primária no Brasil (Girardi SN, *et al*, 2010; Girardi SN, *et al*; 2012). Além disto, existe uma intensa desigualdade distributiva. O Brasil apresentava uma taxa de 1,9 médicos por mil habitantes (*Full Time Equivalent* - FTE) em 2013, variando de 0,59 médicos por mil habitantes no Maranhão a mais de três médicos por mil habitantes no Distrito Federal.

A existência de situações que não asseguram o acesso a um mínimo de assistência e serviços de saúde para sua população constituem situações políticas geradoras de problemas de governabilidade, além de ser moralmente inaceitável em um país que tem constitucionalmente assegurado o direito à saúde como dever de Estado sob os princípios da universalidade e equidade de acesso.

Várias estratégias vêm sendo implantadas pelo Governo Federal para lidar com a escassez e má distribuição de médicos, como é o caso das políticas de extensão da cobertura e de interiorização da medicina, implantação de internatos rurais nas graduações da área da saúde, o abatimento das dividas contraídas para o financiamento do curso de graduação (Fundo de Financiamento Estudantil - FIES) (Ministério da Saúde - Portaria nº 203/2013), além da própria Estratégia de Saúde da Família (ESF), que apesar de não ter sido desenhada especificamente com este objetivo, constitui talvez o melhor exemplo de expansão da cobertura de médicos no território nacional, ao orientar a oferta pública de serviços de atenção básica em saúde no país (Maciel FR, 2007 & Girardi SN, *et al*, 2011). Ao lado dessas iniciativas os gestores municipais adotam diversos tipos de incentivos com o objetivo de atrair e fixar profissionais médicos, como flexibilização da jornada de trabalho, oferta de moradia, aumento do salário, entre outros (Girardi SN, *et al*, 2011).

Recentemente podemos destacar dois programas do Governo Federal de provimento de médicos em atenção básica para áreas desassistidas: (i) o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB), criado em 2011 (Ministério da Saúde - Portaria interministerial Nº 2.087), que oferece uma bolsa de 10 mil reais mensais, acréscimo de 10% à nota obtida nos exames para ingresso nos programas de residência médica e curso de especialização em saúde da família, em troca de trabalho durante um período mínimo de um ano na atenção básica em áreas designadas como carentes; e (ii) o programa ‘Mais Médicos’, foco deste estudo, lançado em julho de 2013 (Casa Civil – Medida Provisória Nº 621), que além de incentivos como bolsa de 10 mil reais e curso de especialização em saúde da família, possui um grande diferencial, que é a abertura das fronteiras do país, lançando mão do recrutamento de médicos graduados no exterior, brasileiros e de outras nacionalidades.

Segundo o Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTS) do Ministério da Saúde (MS) em setembro de 2014 haviam 13.804¹ médicos do programa ‘Mais Médicos’ atuando em 3.748 municípios brasileiros.

Objetivo

O presente trabalho contém a análise do impacto da provisão de médicos do programa ‘Mais Médicos’ sobre os cenários de escassez de médicos nos municípios, considerando o Índice de Escassez em Atenção Primária construído pela EPSM anterior e posteriormente a implantação do programa.

O relatório está dividido em quatro partes:

- I. Descrição da metodologia para identificação de áreas geográficas com escassez e construção do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária;
- II. Breve apresentação da evolução do Índice de Escassez em Atenção Primária (2008 a 2013), anterior ao programa ‘Mais Médicos’.
- III. Análise da distribuição dos médicos do programa ‘Mais Médicos’ comparando com o Índice de Escassez em Atenção Primária de março de 2013 e com os critérios de distribuição estabelecidos por Portaria do MS.

¹ Foram excluídos da análise 268 médicos do ‘Mais Médicos’ alocados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em setembro de 2014, visto que a unidade de análise deste estudo é o município.

- IV. Construção de uma situação hipotética sobre o impacto do ‘Mais Médicos’ para julho de 2014 sobre os cenários de escassez de médicos no Brasil.

II – Metodologia do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária

Existem dois fatores críticos para obtenção de consensos mínimos na identificação de áreas geográficas, territórios e populações com escassez de recursos humanos em saúde e para classificação da sua intensidade, que são: (1) a escolha das unidades geográficas e (2) a seleção de variáveis ou indicadores incluídos no cálculo e o peso relativo de cada uma delas.

O primeiro passo na identificação de áreas com escassez é a escolha do espaço geográfico a ser tomado como unidade de análise. Em geral uma área geográfica é definida como unidade de análise pelo fato de conter em seus limites um grau razoável de autossuficiência (real ou desejável normativamente) para a produção e o consumo dos serviços de saúde em questão. Os principais pressupostos que devem ser considerados na escolha de uma área geográfica adequada são:

- ✓ A escolha da unidade geográfica deve ser consistente com a disponibilidade de dados e a possibilidade de quantificar os eventos nos seus limites;
- ✓ A unidade geográfica escolhida não deve ser tão grande ao ponto de mascarar ou esconder importantes diferenças espaciais, a exemplo da distribuição de profissionais em grandes áreas metropolitanas, nem tão pequenas a ponto de não permitir comparações e agregação em áreas maiores.

Com respeito à Atenção Básica em Saúde a área geográfica poderia coincidir com os limites de um município, reunir vários municípios contíguos ou, em caso de grandes municípios, corresponder a uma subdivisão estatística, como o setor censitário. Em termos práticos, é nos limites dessa área geográfica, que a população potencialmente portadora de necessidades e usuária dos serviços e a oferta de força de trabalho médica, serão dimensionados e postos em relação. Por razões da disponibilidade e maior confiabilidade dos dados, a unidade de análise escolhida foi o município.

Já a seleção de variáveis e/ou indicadores para desenvolvimento de uma classificação de escassez adequada, deve considerar os seguintes pressupostos:

- ✓ O índice ou a fórmula subjacente à classificação deve ser baseado na simplicidade e facilidade de construção;
- ✓ A escolha e seleção de indicadores que compõem o índice deve ser a mais parcimoniosa possível;
- ✓ A classificação e os seus pressupostos deve ser estável a ponto de possibilitar análises longitudinais e comparação de séries histórica.

A definição de carência/escassez adotada aqui levou em consideração quatro dimensões: disponibilidade/oferta de recursos humanos em Atenção Básica, necessidades de saúde, carências socioeconômicas e barreiras de acesso a serviços de saúde. O pressuposto é o de que altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e dificuldades de acesso se refletem em maior demanda de serviços médicos, agravando a situação de escassez destes.

Para cada uma dessas quatro dimensões foi selecionado um único indicador:

- 1) Indicador de oferta de recursos humanos: Razão população/médico: número de habitantes no município por médico na Atenção Primária (ajustado por tempo equivalente a 40 horas ambulatoriais –FTE – nas especialidades de clínica médica, pediatria e saúde da família) em março de 2014 (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES);
- 2) Indicador de alta necessidade de saúde: Mortalidade infantil por mil nascidos vivos a partir do Censo Demográfico de 2010.
- 3) Indicador sócio econômico: Porcentagem de domicílios na pobreza - proporção de domicílios elegíveis ao Programa Bolsa Família em 2010 – com renda familiar per capita de até R\$140,00²
- 4) Indicador de distância: distância em minutos até o município de encaminhamento de pacientes em caso de ausência de médicos.

Indicador de oferta de recursos humanos

Segundo Pong e Pitblado (2005), para operacionalizar a identificação de áreas geográficas e populacionais com carência e escassez de força de trabalho médica, apenas a localização dos médicos é de uso limitado. Na realidade, análises envolvendo a distribuição espacial de médicos relativos à distribuição espacial da população são mais sensíveis ao problema. Uma típica razão população-médico usa apenas três “peças” de informação: a área geográfica em que os habitantes e os médicos estão localizados, o número de habitantes e o número de médicos. Para que esta razão seja mais significativa metodologicamente, é necessário garantir uma contagem que vai além de saber quantos médicos existem em determinada área.

² <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

Ainda segundo os autores, a razão população-médico típica não leva em consideração fatores como carga horária, produtividade, trabalho não clínico, variação de níveis de atividade e o efeito de variáveis sociodemográficas como idade e gênero dos profissionais. Neste aspecto, a razão pode representar uma situação de forma falsa, super, ou subestimando, em muitos casos, o real serviço médico produzido. Em suma, deve-se também considerar os diferenciais de produção dos serviços médicos, isto é, não pressupor, que cada e todo médico equivale à mesma quantidade de serviço prestado.

Uma das alternativas que tem sido utilizada, e que também foi considerada neste trabalho, é o cálculo de número de habitantes por médicos 40 horas, ou a contagem do tempo total equivalente a um médico trabalhando em horário integral cinco dias por semana, o chamado *Full Time Equivalent* (FTE). O uso dessa contagem torna-se cada vez mais comum em trabalhos de pesquisa e planejamento. Isso sugere que mais pessoas têm percebido a fragilidade de simplesmente “contar cabeças” e a necessidade de aplicar medidas mais sensíveis. Na prática, divide-se o número de horas trabalhadas de médicos, registrada em determinada localidade, por 40.

Para o cálculo deste indicador, utilizaram-se os dados do CNES do mês de dezembro de 2012 para identificação do número de médicos correspondente ao FTE, tendo sido consideradas apenas as horas dedicadas ao atendimento ambulatorial nas especialidades de Clínica Médica, Saúde da Família e Pediatria. Para o cálculo da razão, utilizou-se a população encontrada no Censo Demográfico de 2010. Em suma, o indicador de oferta informa o número de habitantes por médico em Atenção Básica, equivalente a tempo integral.

Indicador de alta necessidade de saúde

Os indicadores de alta necessidade em saúde buscam contemplar condições demográficas, sociais e epidemiológicas da população residente, refletindo a demanda potencial por serviços de saúde e, consequentemente, por recursos humanos em saúde. De acordo com Pong e Pitblado (2005), mais difícil do que mensurar o número de médicos é mensurar a demanda por saúde, ou o número de pacientes em potencial. De fato, é sabido que certos grupos populacionais, como crianças, idosos e mulheres em idade fértil consomem mais cuidados médicos do que outros. Neste sentido, é importante levar em consideração que a escolha do numerador da razão população-médico reflita, adequadamente, não apenas o tamanho da população, mas os seus padrões de consumo de serviços médicos. De outra forma,

duas populações de mesmo tamanho não possuem necessariamente a mesma demanda por serviços de saúde, o que irá depender de sua composição em termos etários e de gênero, além de outros fatores.

Um indicador de alta necessidade de saúde é a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que será utilizada na presente abordagem. No Brasil, as taxas de mortalidade infantil diminuíram muito nas últimas décadas, no entanto, o índice continua elevado comparando-se com outros países. Uma mortalidade infantil elevada é proveniente, principalmente, de condições sanitárias e habitacionais precárias, traduzidas como a falta de pavimentação e tratamento de água e esgoto, bem como de desnutrição, o que justifica seu uso. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) corresponde ao risco provável que um nascido vivo tem de vir a falecer antes que complete um ano de idade. Seu valor corresponde ao quociente entre o número de óbitos de indivíduos com menos de um ano de idade ocorridos durante um ano e o número de crianças nascidas no decorrer do mesmo período (Carvalho, Sawyer, e Rodrigues, 1998).

As informações sobre óbitos e nascimentos no Brasil proveem de quatro fontes de dados, as Estatísticas do Registro Civil e o Censo Demográfico do IBGE, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde. Com exceção do Censo, que é uma pesquisa domiciliar, os demais sistemas têm como base os registros de nascimentos e óbitos feitos nos cartórios do país. Por esse motivo, o sub-registro de informações é bastante significativo, sobretudo o de óbitos e nas regiões Norte e Nordeste (Szwarcwald, 1997). Os dados utilizados na construção da TMI foram os do Censo Demográfico de 2010. Entre os municípios cuja informação não estava disponível, utilizou-se a média verificada para a mesma UF e porte populacional do município.

Indicador socioeconômico

Assumindo como Neri e Soares (2002) que desigualdade social e iniquidade em saúde estão relacionadas no Brasil, outro importante indicador utilizado neste trabalho foi a proporção de domicílios pobres no município. A partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, os autores mostraram que esta relação ocorre na medida em que o estrato de população com maior nível de renda tem mais acesso a seguro

saúde e demanda por cuidados de saúde e usa ou consome estes serviços em maior quantidade do que a população com menor nível de renda. Não obstante, além dessas assimetrias, a necessidade de saúde parece estar mais relacionada à oferta de serviços de saúde, do que a demanda. De fato, a chance de consumir este serviço está mais relacionada ao acesso aos planos de saúde do que por motivo de doença, bem como em regiões com maior densidade demográfica, que concentram maior quantidade e diversidade desses serviços, do que com áreas menos adensadas.

A mensuração da pobreza ainda não é consensual nos meios acadêmico e político, pois ainda é discutido se a mesma deve ser mensurada apenas na medida das necessidades existenciais, de subsistência nutricional ou se, além disto, na medida das necessidades sociais, considerando o trabalho, a educação, a saúde, o lazer, entre outros aspectos. No primeiro caso, são consideradas pobres as pessoas que possuem um padrão de vida aquém do necessário à sobrevivência, critério amplamente utilizado na definição de pobreza absoluta ou da indigência. No segundo, aquelas pessoas que vivem abaixo de um nível aceitável de bem-estar nutricional e social. Neste aspecto, são pessoas que foram destituídas de usufruir com plenitude de seus direitos como membros de um corpo sociopolítico (Lavinas, 2003).

A primeira forma de mensuração é mais utilizada não só por identificar níveis de pobreza estritamente inaceitáveis, mas também por ser de mais fácil definição e coleta de dados, já que para seu cálculo é preciso apenas da definição do valor monetário de uma cesta básica e da renda das pessoas. Aqueles cuja renda familiar per capita é inferior ao custo de uma cesta básica são identificados como pobres, a chamada linha de pobreza.

A única base de dados no Brasil que disponibiliza informações para o cálculo da linha de pobreza em nível municipal é o Censo Demográfico. Para definição da linha de pobreza, utilizou-se o critério de elegibilidade para o Programa Bolsa Família (PBF) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), isto é, domicílios com renda per capita inferior a R\$140,00 ³. O indicador construído a partir deste dado e que identifica o tamanho da pobreza no município é o de proporção de domicílios localizados nesta faixa de renda, em relação ao total de domicílios, em 2010.

³ <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>.

Construção do índice de escassez

Na construção do Índice de Escassez foram designados com escassez de médicos em Atenção Básica os municípios com:

- Um médico para mais de 3.000 habitantes ou com ausência de médicos, que foram automaticamente incluídos;
- Um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e TMI de mais de 100% acima da média nacional;
- Um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza;

Entre os municípios designados, isto é, identificados com escassez de médicos, procedeu-se à mensuração da escassez. Para tanto, os três indicadores selecionados foram classificados num gradiente de 0 a 5 de acordo com a intensidade da ocorrência do evento conforme descreve o Quadro 1. A soma proveniente das notas em cada um dos indicadores é o valor do índice, variável de 1 a 15. Quanto mais próximo de um, menor é o grau de escassez, quanto mais próximo de 15, maior. Os valores foram divididos em cinco categorias, cada uma somando três valores do índice (1 a 3: Traços de escassez; 4 a 6: Escassez Baixa; 7 a 9: Escassez Moderada; 10 a 12: Escassez Alta; 13 a 15: Escassez Severa).

Quadro 1 – Nome, graus de mensuração e categorias dos indicadores componentes do Índice de Escassez de médicos em Atenção Primária

Nome do indicador	Graus	Nome das categorias
Número de habitantes por médico em Atenção Primária equivalente a tempo integral (40 horas)	0	1 médico 40 horas para até 3.000 habitantes
	1	1 médico 40 horas para mais de 3.000 até 4.000 habitantes
	2	1 médico 40 horas para mais de 4.000 até 5.000 habitantes
	3	1 médico 40 horas para mais de 5.000 até 10.000 habitantes
	4	1 médico 40 horas para mais de 10.000 até 15.000 habitantes
	5	1 médico 40 horas para mais de 15.000 habitantes
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)	0	TMI abaixo da média nacional
	1	TMI até 10% acima da média
	2	TMI mais de 10% até 25% acima da média
	3	TMI mais de 25% até 50% acima da média
	4	TMI mais de 50% até 100% acima da média
	5	TMI mais de 100% acima da média
Proporção de municípios elegíveis ao Programa Bolsa Família em 2010 - com renda domiciliar <i>per capita</i> de até R\$140,00	0	Menos de 10% de domicílios pobres
	1	De 10% a menos de 20% de domicílios pobres
	2	De 20% a menos de 30% de domicílios pobres
	3	De 30% a menos de 40% de domicílios pobres
	4	De 40% a menos de 50% de domicílios pobres
	5	50% ou mais de domicílios pobres
Distância, em minutos, até o município de encaminhamento de pacientes em casos de ausência de médicos*	0	Até 15 minutos
	1	De 16 a 30 minutos
	2	De 31 a 45 minutos
	3	De 46 a 60 minutos
	4	De 61 a 120 minutos
	5	Mais de 120 minutos

Fonte: adaptado de Girardi *et. al.*, 2012b. * ver tópico ‘Limitações do Índice de Escassez’.

Limitações do Índice de Escassez

É importante destacar aqui duas importantes limitações desta metodologia. A primeira se refere à dimensão de barreiras de acesso a serviços de saúde. Embora seja possível estabelecer a distância entre diferentes municípios e perímetros de escassez de médicos, através da Malha Municipal Digital do Brasil do IBGE, por exemplo, a mesma não reflete as reais barreiras de acesso a que os municípios se submetem, pois não leva em consideração o

tempo de deslocamento, o tipo de transporte e o perfil do município (territorialmente extensos e pouco adensados e grandes centros urbanos com áreas violentas, por exemplo), entre outros fatores. Por essa razão não incluímos o indicador de barreiras de acesso nesse estudo.

O segundo limite da escolha adotada aqui é tratar os municípios brasileiros da mesma forma. Ainda que os municípios sejam unidades autônomas na prestação de serviços de saúde, os mesmos não podem ser tratados unicamente do ponto de vista empírico, em função de existir diferenças profundas entre eles. Os grandes municípios, principalmente os localizados em regiões metropolitanas, quando comparados aos pequenos, destacam-se do ponto de vista econômico e de oferta de profissionais, o que não implica necessariamente que estas áreas não convivam com situações de privação destes recursos dentro de seu território. O uso e a classificação de indicadores que busquem diferenciar os municípios são pertinentes, mas é preciso “personalizar” as informações utilizadas, ou seja, aplicar uma medida para cada caso. Em alguns casos, a própria unidade geográfica deve ser relativizada, seja para dentro ou para fora dos municípios, a exemplo das microrregiões de saúde ou dos setores censitários.

II – Evolução do Índice de Escassez de médicos em Atenção Primária – 2008 a 2013.

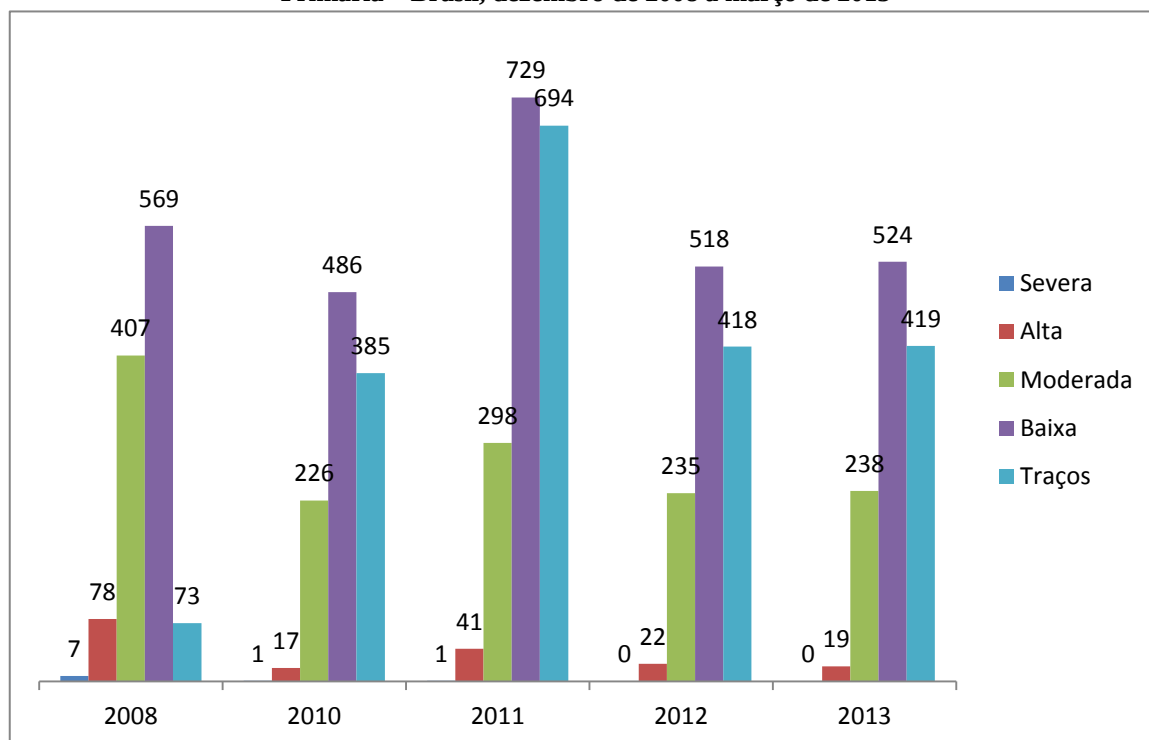
O primeiro Índice de Escassez foi construído em dezembro de 2008 a partir dos dados do CNES. A mesma metodologia foi replicada com dados de dezembro de 2010, dezembro de 2011, dezembro de 2012 e março de 2013. Os resultados podem ser vistos na Tabela 1 e no Gráfico 1.

Tabela 1 - Distribuição dos municípios brasileiros segundo Índice de Escassez de médicos em Atenção Primária – Brasil, dezembro de 2008 a março de 2013.

	Dez/08		Dez/10		Dez/11		Dez/12		Mar/13	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Severa</i>	7	0,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Alta</i>	78	1,4	17	0,3	41	0,7	22	0,4	19	0,3
<i>Moderada</i>	407	7,3	226	4,1	298	5,4	235	4,2	238	4,3
<i>Baixa</i>	569	10,2	486	8,7	729	13,1	518	9,3	524	9,4
<i>Traços</i>	73	1,3	385	6,9	694	12,5	418	7,5	419	7,5
<i>Com escassez</i>	1134	20,4	1115	20,1	1763	31,7	1193	21,5	1200	21,5
<i>Sem escassez</i>	4430	79,6	4450	79,9	3802	68,3	4372	78,5	4365	78,4
<i>Total</i>	5565	100,0	5565	100,0	5565	100,0	5565	100,0	5565	100,0

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) e Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC).

Gráfico 1 - Distribuição dos municípios brasileiros segundo Índice de Escassez de médicos em Atenção Primária – Brasil, dezembro de 2008 a março de 2013



Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFGM a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) e Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC).

Podemos observar que no âmbito geral houve um leve aumento do número de municípios designados com escassez de médicos em atenção primária entre dezembro de 2008 e março de 2013, variando de 1134 a 1200 municípios. É importante destacar que o súbito aumento de municípios com escassez em dezembro de 2011 é cominado a uma nova Portaria lançada neste mesmo ano (Nº 134, de 4 de abril de 2011) que determina diversos critérios⁴ para o registro dos profissionais do CNES realizados pelo gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde. Entre os critérios que influenciaram diretamente o Índice, podemos destacar a proibição do cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de profissionais de saúde em mais de dois cargos ou empregos públicos; e a proibição do cadastramento do profissional da ESF em mais de uma equipe.

Ao analisarmos a intensidade ou grau de escassez de médicos, observamos que, apesar do número de municípios com escassez ter aumentado, houve redução quanto à intensidade da mesma. O número de municípios com escassez ‘Severa’ foi de sete em 2008 a zero em 2013 e

⁴ Todos os critérios podem ser conferidos na Portaria Nº 134, de 4 de abril de 2011.

os municípios com escassez ‘Alta’ caíram de 78 a 19 neste mesmo período. Seguindo esta mesma tendência, o número de municípios que apresentavam ‘Traços’ de escassez aumentou consideravelmente de 73 em 2008 a 419 em 2013.

Esta diminuição do grau de escassez pode ser atribuída, entre outros fatores, às diversas políticas e estratégias de provimento de profissionais de saúde, lançadas pelo Governo Federal, com destaque para o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) criado em dezembro de 2011.

III – Distribuição dos médicos do programa ‘Mais Médicos’ comparando com o Índice de Escassez de março de 2013.

Neste tópico será apresentada em um primeiro momento a distribuição dos médicos do programa ‘Mais Médicos’ em setembro de 2014, fazendo um comparativo com o Índice de Escassez em Atenção Primária de março de 2013; e em um segundo momento, será apresentado a distribuição dos médicos do programa segundo o Índice de Escassez e os critérios de distribuição estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

a) Distribuição ‘Mais Médicos’ segundo o Índice de Escassez em Atenção Primária

Dos 5.565 municípios brasileiros, 1.200 foram identificados com escassez de médicos em março de 2013, ou seja, anterior à introdução do programa ‘Mais Médicos’, o que corresponde a 21,5% do total dos municípios brasileiros. Ao verificarmos a distribuição dos médicos do ‘Mais Médicos’ observamos que do total de municípios brasileiros, 3746⁵, foram destinados a receberem 13.800 médicos; destes, 923 (76,9%) municípios estão entre aqueles identificados com escassez de médicos em atenção primária em saúde. Em relação aos 277 municípios designados com escassez de médicos que não receberam médicos do ‘Mais Médicos’, 78,3% não aderiram ao programa, 17% desistiram do programa e 2,5% tiveram a adesão cancelada (Tabelas 1 e 2 e Mapa 1).

⁵ Foram excluídos 02 municípios brasileiros, que receberam cada um 02 médicos do ‘Mais Médicos’, pois tratam-se de municípios que não existiam em março de 2013 e portanto não podem ser comparados com o Índice de Escassez desta data.

Analisando o grau de escassez, 19 municípios conviviam com escassez Alta de médicos em atenção primária anterior a introdução do ‘Mais Médicos’. Destes municípios, que exigiriam intervenção imediata por meio de políticas públicas de fixação e provimento de médicos, 17 foram contemplados a receber um total de 60 médicos do programa. A maioria dos municípios designados possuem Traços e Baixa escassez de médicos, respectivamente 34,9% e 43,7%. Estes receberam 3133 médicos do ‘Mais Médicos’. Já aqueles com escassez moderada em março de 2013 (19,8%), receberam 495 médicos do programa (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos municípios brasileiros, dos municípios que receberam médicos do PMM, que não receberam médicos do PMM e da quantidade de médicos do PMM, segundo graus do Índice de Escassez de Médicos em Atenção básica em Saúde - Brasil, março de 2013 e setembro de 2014

Graus de escassez	Índice 2013*		Municípios que receberam médicos do PMM**		Municípios que não receberam médicos do PMM**		Quantidade de médicos do PMM**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Com escassez	1.200	21,5	923	76,9	277	23,1	3.688	26,7
<i>Traços</i>	419	34,9	331	79,0	88	21,0	1729	46,9
<i>Baixa</i>	524	43,7	393	75,0	131	25,0	1404	38,1
<i>Moderada</i>	238	19,8	182	76,5	56	23,5	495	13,4
<i>Alta</i>	19	1,6	17	89,5	2	10,5	60	1,6
<i>Severa</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem escassez	4.365	78,5	2.823	64,7	1.542	35,3	10.112	73,3
Total	5.565	100,0	3.746	67,3	1.819	32,7	13.800	100,0

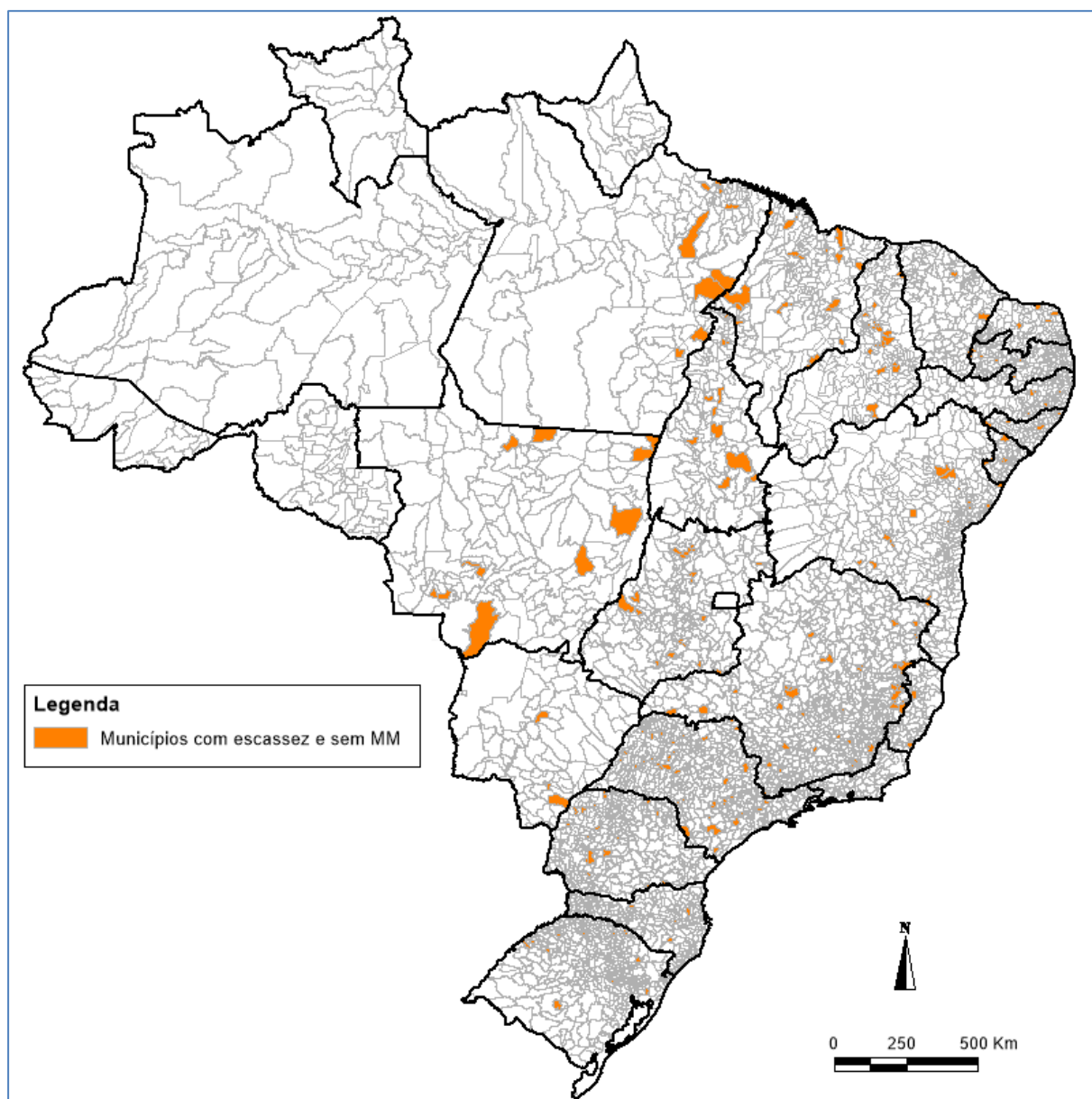
Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Tabela 2 – Distribuição de municípios designados com escassez que não receberam médicos do PMM, segundo status de adesão ao programa, setembro de 2014

Status de Adesão		
	N	%
Inscritos	6	2,2
Não Aderidos	217	78,3
Adesões canceladas	7	2,5
Desistentes	47	17,0
Total	277	100,0

Fonte: Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Mapa 1 – Distribuição dos municípios designados com escassez de médicos em atenção primária que não receberam médicos do Mais Médicos, Brasil – março de 2013 e setembro de 2014.



Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Ao analisar os critérios de designação do Índice de Escassez, observamos que a maioria, 871 municípios, foi selecionada exclusivamente em função da oferta de médicos, que se apresentou superior a um profissional para mais de 3.000 habitantes. Entre aqueles com presença de mais de 1.500 até 3.000 habitantes por médico, 306 (25,5%) foram incluídos pela alta TMI e 21 (1,8%) pela alta incidência de pobreza. Ao analisarmos a distribuição de

médicos do ‘Mais Médicos’ observamos que a maioria 722 (78,2%) está dentro do critério ‘mais de 3.000 habitantes por médico’. Já o critério “mais de 1.500 até 3.000 habitantes por médico e TMI mais de 100% acima da média”, representa 19,9% dos municípios que receberam médicos do ‘Mais Médicos’ (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos municípios brasileiros, dos municípios que receberam médicos do PMM e da quantidade de médicos do PMM, segundo critérios de designação do Índice de Escassez de Médicos em Atenção básica em Saúde - Brasil, março de 2013 e setembro de 2014

Critérios de designação/Graus do índice	Municípios*		Municípios distribuição do PMM**		Quantidade de médicos do PMM**	
	N	%	N	%	N	%
Mais de 3.000 hab. por médico	871	72,6	722	78,2	3.362	91,2
Mais de 1.500 até 3.000 hab. por médico TMI mais de 100% acima da média	306	25,5	184	19,9	280	7,6
Mais de 1.500 até 3.000 hab. por médico e mais de 50% dos domicílios na pobreza	21	1,8	16	1,7	44	1,2
Mais de 1500 até 3000 hab. por médico, TMI mais de 100% acima da média e mais de 50% dos domicílios na pobreza	2	0,2	1	0,1	2	0,1
Total	1200	100,0	923	100,0	3.688	100,0

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos municípios designados com escassez de médicos em atenção primária segundo os indicadores utilizados na composição do Índice. Dos 72,6% dos municípios com um médico para mais de 3 mil habitantes, 47,3% possuem um médico para mais de 3 até 4 mil habitantes. Ao analisarmos a distribuição de municípios com escassez que receberam médicos do ‘Mais Médicos’ verificamos esta mesma tendência, em que 49,7% dos municípios que tem um médico para mais de 3 até 4 mil habitantes receberam 2.075 médicos.

Ressalta-se que à distribuição de municípios segundo a TMI está concentrada nos extremos, com 53,5% abaixo da média e, 29,6% com mais de 100% acima da média nacional. A distribuição de municípios do ‘Mais Médicos’ acompanha esta tendência em que 58,5% dos municípios estão abaixo da média e, 23,9%, mais de 100% acima da média nacional.

Com relação à pobreza, cerca de 90% dos municípios estão nas quatro primeiras faixas do indicador, com até 40% de domicílios na pobreza. Sugere-se, que a pobreza tende a acompanhar situações de diferentes graus de escassez de médicos, enquanto a TMI tende a ser

mais acentuada em situações onde a escassez é mais grave. Ao analisarmos a distribuição de médicos do ‘Mais Médicos’, observamos também que a maioria dos municípios está nas quatro primeiras faixas do indicador (88%).

Tabela 04 – Distribuição dos municípios designados com escassez, dos municípios que receberam médicos do PMM e da quantidade de médicos do MM segundo indicadores que compõem o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde - Brasil, março de 2013 e Setembro de 2014

Escalas	Distribuição dos municípios designados*		Municípios segundo distribuição do PMM**		Quantidade de médicos do PMM**	
	N	%	N	%	N	%
1 médico p/ até 3.000 hab.	329	27,4	201	21,8	326	8,8
1 médico p/ mais de 3.000 até 4.000 hab.	568	47,3	459	49,7	2075	56,3
1 médico p/ mais de 4.000 até 5.000 hab.	139	11,6	115	12,5	654	17,7
1 médico p/ mais de 5.000 até 10.000 hab.	140	11,7	125	13,5	567	15,4
1 médico p/ mais de 10.000 até 15.000 hab.	12	1,0	12	1,3	42	1,1
1 médico p/ mais de 15.000 hab./sem médico	12	1,0	11	1,2	24	0,7
TMI abaixo da média nacional	642	53,5	540	58,5	2769	75,1
TMI até 10% acima da média	43	3,6	32	3,5	121	3,3
TMI mais de 10% até 25% acima da média	47	3,9	41	4,4	147	4,0
TMI mais de 25% até 50% acima da média	60	5,0	50	5,4	158	4,3
TMI mais de 50% até 100% acima da média	53	4,4	39	4,2	117	3,2
TMI mais de 100% acima da média	355	29,6	221	23,9	376	10,2
Menos de 10% de domicílios pobres	455	37,9	315	34,1	1335	36,2
De 10% a menos de 20%	208	17,3	155	16,8	521	14,1
De 20% a menos de 30%	229	19,1	180	19,5	708	19,2
De 30% a menos de 40%	190	15,8	167	18,1	701	19,0
De 40% a menos de 50%	84	7,0	79	8,6	346	9,4
50% ou mais	34	2,8	27	2,9	77	2,1

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

A tabela 5 apresenta a distribuição geográfica dos municípios do índice de escassez. Nota-se que do total de municípios do Norte do país, quase 50% possuem escassez de médicos em atenção básica (47,9%), destes 91,2 % receberam médicos do ‘Mais Médicos’. Na região Nordeste, dos 450 municípios com escassez, 78,7% foram contemplados com médicos do programa. Estas duas regiões foram também as que receberam um maior número de profissionais, 955 no Norte e 1.462 no Nordeste. Ao analisarmos segundo o grau de

escassez, notamos que todos os municípios que possuem escassez Alta estão localizados nestas duas regiões.

Do ponto de vista do porte populacional, a maior parte dos municípios designados com escassez possuem até 50 mil habitantes (n=1035), ao mesmo passo que também maioria dos municípios que participam do ‘Mais Médicos’ possui até 50 mil habitantes (n=771). Dos 295 municípios entre 20 a 50 mil habitantes com escassez, 85,4% foram contemplados com 1.104 médicos do programa.

Em todos os graus do Índice de Escassez, verifica-se uma concentração de municípios com até 50 mil habitantes, sendo que estes receberam um total de 2102 médicos do ‘Mais Médicos’ (Tabela 5 e Mapa 2).

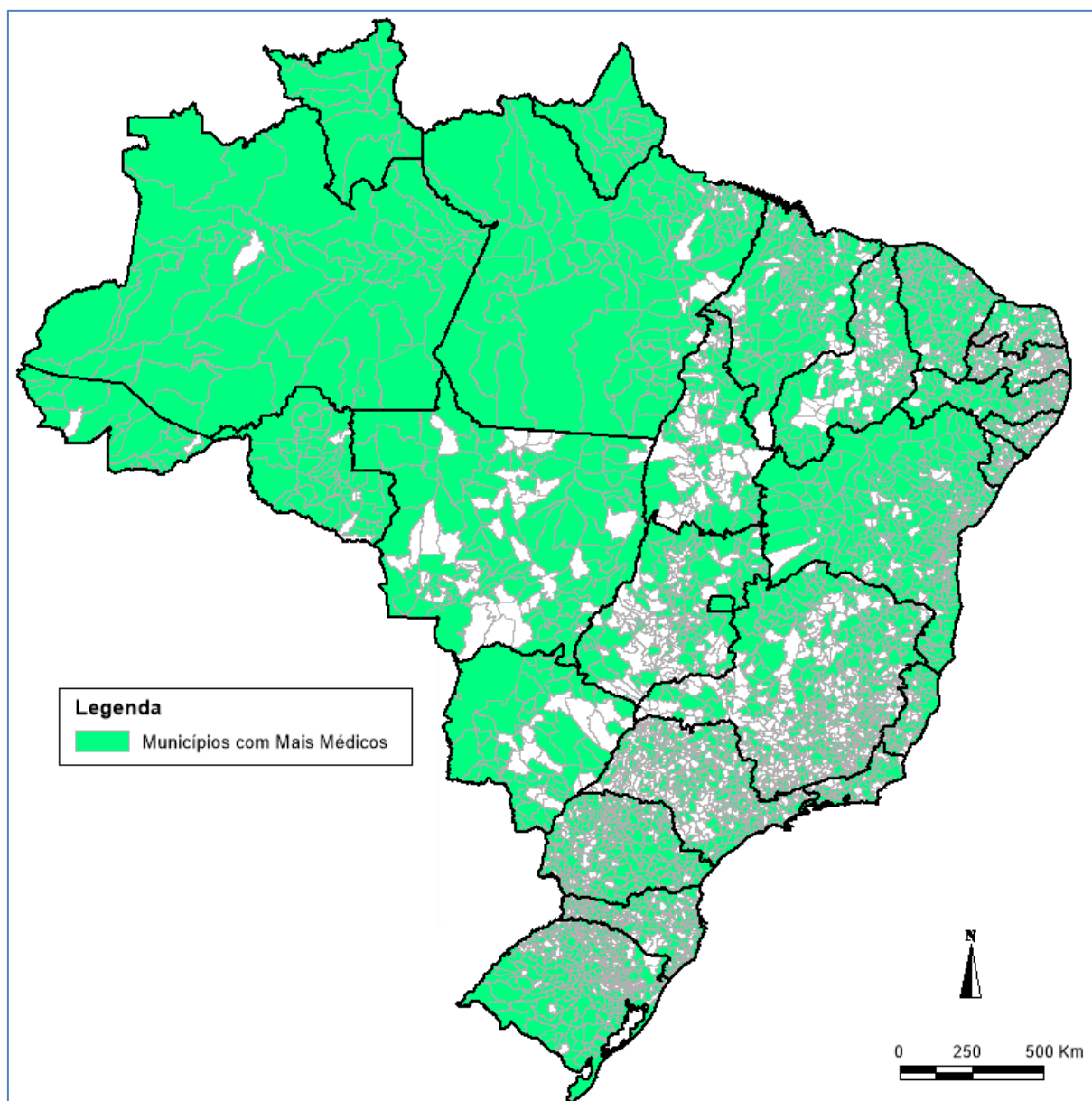
Tabela 5 - Distribuição geográfica dos municípios brasileiros, dos municípios que receberam médicos do PMM e da quantidade de médicos do PMM, segundo graus do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Básica em Saúde. - Brasil, março de 2013 e setembro de 2014

setembro de 2014

Região / Porte populacional	N	Com escassez		Graus de Escassez								Municípios que receberem PMM		Nº de médicos do PMM
				Alta		Moderada		Baixa		Traços				
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Norte	449	215	47,9	9	4,2	47	21,9	105	48,8	54	25,1	196	91,2	955
Nordeste	1.794	450	25,1	10	2,22	161	35,8	185	41,1	94	20,9	354	78,7	1.462
Sudeste	1.668	253	15,2	0	0,00	16	6,3	113	44,7	124	49,0	164	64,8	650
Sul	1.188	181	15,2	0	0,00	7	3,9	85	47,0	89	49,2	137	75,7	388
Centro-oeste	466	101	21,7	0	0,00	7	6,9	36	35,6	58	57,4	72	71,3	233
Até 10 mil hab.	2.471	457	18,5	4	0,88	108	23,6	227	49,7	118	25,8	285	62,4	384
Mais de 10 até 20 mil hab.	1.375	283	20,6	5	1,77	65	23,0	118	41,7	95	33,6	234	82,7	614
Mais de 20 até 50 mil hab.	1.081	295	27,3	9	3,05	56	19,0	124	42,0	106	35,9	252	85,4	1.104
Mais de 50 até 100 mil hab.	339	110	32,4	1	0,91	8	7,3	48	43,6	53	48,2	100	90,9	798
Mais de 100 mil hab.	260	52	20,0	0	0,00	1	1,9	7	13,5	44	84,6	49	94,2	664
Capitais	39	3	7,7	0	0,00	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	100,0	124
Brasil	5.565	1.200	21,6	19	1,58	238	19,8	524	43,7	419	34,9	923	76,9	3.688

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Mapa 2 – Distribuição dos municípios com médicos do Mais Médicos – Brasil, Setembro de 2014



Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Apesar da grande maioria dos municípios brasileiros possuírem poucos habitantes residindo em seus limites, pode-se afirmar que a escassez de médicos, quando observada do ponto de vista municipal, está associada a realidades de populações com baixa estrutura social e econômica disponível. De fato, em estudo anterior (Girardi *et. al.*, 2012b) o Índice foi comparado com a classificação de Regiões de Influência do IBGE (2007), metodologia que

ordena os municípios brasileiros de acordo com a hierarquia na produção e no consumo de serviços sociais e econômicos, incluindo os de saúde. A comparação demonstrou que a grande maioria dos municípios com escassez são “centros locais”, isto é, são municípios que não exercem influência urbana e, portanto, são dependentes de outros municípios. Nesse sentido, o Índice revela situações de carência, em um primeiro momento, associadas à ausência de assistência de serviços de saúde.

b) Distribuição dos médicos do programa ‘Mais Médicos’ segundo o Índice de Escassez em Atenção Primária e os critérios de distribuição estabelecidos pelo Ministério da Saúde

A tabela 6 apresenta os municípios designados pelo Índice de Escassez de médicos em atenção primária programados a receberem médicos do ‘Mais Médicos’ segundo os critérios de distribuição estabelecidos por Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de julho de 2013 ⁶. Podemos observar que grande parte dos municípios com escassez está dentro dos critérios de 20% de pobreza ou representam “demais localidades”, respectivamente 45,5% e 46,2%. Ao analisar os municípios que foram programados a receber médicos do programa, observamos que 50,1% são municípios com até 20% de pobreza.

Tabela 6 – Distribuição dos municípios e dos médicos do PMM, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e municípios designados pelo índice de escassez de médicos em atenção primária, Brasil – março de 2013 e julho de 2014

Critérios	Total		Graus de Escassez*								Mais Médicos**			
			Alta		Moderada		Baixa		Traços		Municípios que receberem médicos do PMM		Quantidade de médicos do PMM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20% pobreza	546	45,5	19	3,5	214	39,2	239	43,8	74	13,6	462	50,1	1.814	49,2
G100	41	3,4	0	0,0	1	2,4	6	14,6	34	82,9	1	0,1	560	15,2
Capital	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	371	40,2	86	2,3
Região metropolitana	58	4,8	0	0,0	2	3,4	19	32,8	37	63,8	40	4,3	289	7,8
Demais Localidades	554	46,2	0	0,0	21	3,8	260	46,9	273	49,3	49	5,3	939	25,5
Total	1.200	100,0	19	1,6	238	19,8	524	43,7	419	34,9	923	100,0	3.688	100,0

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Ao analisarmos o perfil por vulnerabilidade daqueles municípios que compõem o Índice de Escassez, observamos que 270 possuem Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) baixo ou muito baixo; 275 são municípios do Semiárido e 509 não se encaixam em nenhum dos perfis indicados. Analisando a distribuição dos municípios que

⁶ Critérios: a) Município com 20% ou mais da população vivendo em alta vulnerabilidade social, com base nos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; b) Estar entre os 100 (cem) Municípios com mais de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública "per capita" e alta vulnerabilidade social de seus habitantes; c) Estar situado em área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/SESAI/MS), órgão integrante da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde; d) Capital ou região metropolitana em que existam áreas com populações em situação de maior vulnerabilidade.

receberam médicos do ‘Mais Médicos’, observamos que a grande maioria se concentra nestes três critérios: 229 com IDHM baixo ou muito baixo, 221 são municípios do Semiárido e 342 não se encaixam em nenhum dos perfis (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos municípios e médicos do PMM, segundo o perfil por vulnerabilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde e municípios designados pelo índice de escassez de médicos em atenção primária, Brasil – março de 2013 e julho de 2014

Perfil por vulnerabilidade**		Grau do Índice*					Mais Médicos**	
Critérios	Traços	Baixa	Moderada	Alta	Total		Municípios que receberam médicos PMM	Quantidade de médicos do PMM
IDHM baixo / muito baixo	26	136	96	12	270		229	842
Médio Alto Uruguai	4	1	1	0	6		6	37
Norte (Escassez)	26	11	3	0	40		40	158
Quilombola	39	24	4	0	67		59	332
Semiárido	57	106	107	5	275		221	893
Vale do Jequitinhonha / Mucuri	3	6	4	0	13		10	19
Vale do Jequitinhonha / Mucuri / Semiárido	4	5	1	0	10		7	17
Vale do Ribeira	3	6	1	0	10		9	22
Não se encaixa nos demais perfis	257	229	21	2	509		342	1368
Total	419	524	238	19	1200		923	3688

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

IV - Construção de um cenário de escassez de médicos em atenção primária para 2014.

Com o objetivo de avaliar o impacto do programa ‘Mais Médicos’, foi construído um cenário para setembro de 2014 que considera a distribuição de médicos pelo território brasileiro segundo a designação de municípios com escassez de médicos em atenção primária, utilizando dados do CNES de março de 2013 (antes da implantação do ‘Mais Médicos’) e a situação desses municípios considerando a distribuição de médicos pelo programa em setembro de 2014. É importante enfatizar que este cenário é hipotético e não representa a realidade da distribuição de médicos em 2014. Ao somar a oferta de médicos de março de 2013 com a de médicos do ‘Mais Médicos’ de setembro de 2014, não podemos afirmar que esta oferta ainda permanece a mesma um ano depois em todos os municípios brasileiros⁷.

Avaliando este cenário, observamos que ao introduzir 13.800 médicos do ‘Mais Médicos’ em 3.688 municípios brasileiros, ocorre uma significativa redução do número de municípios com escassez de médicos em atenção primária, passando de 1.200 para 558. Ao analisarmos segundo o grau de escassez, observamos que após a introdução do programa os municípios designados com escassez Alta reduziram de 19 em 2013 para quatro em 2014; os com escassez Moderada reduziram de 238 para 139 e os com Traços e Baixa escassez, que representavam a maioria dos municípios, de 943 para 415 dos municípios (Tabela 15 e Gráfico 2).

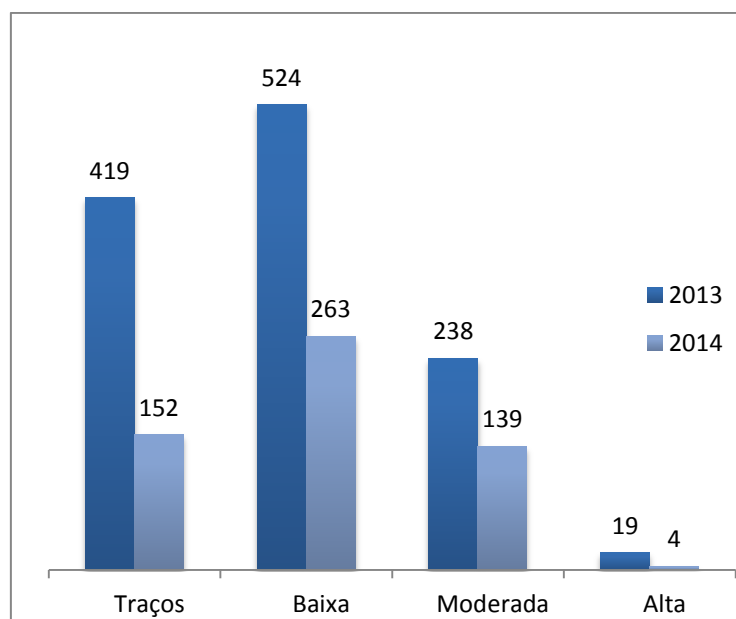
⁷ Em alguns municípios pode ter ocorrido a substituição de médicos do quadro profissional por médicos do ‘Mais Médicos’. O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) que encerra seus ciclos nos meses de março, também pode ter tido seus profissionais substituídos por médicos do ‘Mais Médicos’.

Tabela 15 – Distribuição dos municípios no cenário hipotético, segundo grau de escassez de médicos em atenção básica em saúde – Brasil, março de 2013 e setembro de 2014

Graus de escassez	2013		2014	
	N	%	N	%
Com escassez	1.200	21,5	558	10
<i>Traços</i>	419	34,9	152	27,2
<i>Baixa</i>	524	43,7	263	47,1
<i>Moderada</i>	238	19,8	139	24,9
<i>Alta</i>	19	1,6	4	0,7
<i>Severa</i>	0	0,0	0	0,0
Sem escassez	4.365	78,5	5.007	90
Total	5.565	100,0	5.565	100,0

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Gráfico 2: Distribuição dos municípios no cenário hipotético, segundo grau de escassez de médicos em atenção básica em saúde – Brasil, março de 2013 e setembro de 2014



Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Ao analisarmos a distribuição destes municípios segundo os critérios de designação de escassez, observa-se que 52,2% dos municípios foram designados exclusivamente por possuírem mais de 3.000 habitantes por médico e 43,7% por possuírem mais de 1.500 até 3.000 habitantes por médico e TMI mais de 100% acima da média (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição dos municípios no cenário hipotético, segundo critérios de designação de escassez de médicos em atenção básica em saúde – Brasil, março de 2013 e setembro de 2014

Critérios de designação	2013		2014	
	N	%	N	%
Mais de 3.000 hab. por médico	871	72,6	291	52,2
Mais de 1.500 até 3.000 hab. por médico TMI mais de 100% acima da média	306	25,5	244	43,7
Mais de 1.500 até 3.000 hab. por médico e mais de 50% dos domicílios na pobreza	21	1,8	22	3,9
Mais de 1500 até 3000 hab. por médico, TMI mais de 100% acima da média e mais de 50% dos domicílios na pobreza	2	0,2	1	0,2
Total	1200	100	558	100

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Ao observamos a distribuição dos municípios designados neste cenário hipotético segundo os indicadores que compõem o índice de escassez, constatamos que uma grande concentração de municípios designados (47,8%) possui um médico para até 3.000 habitantes em 2014. Em 2013 este mesmo indicador representava 27,4% dos municípios com escassez.

A distribuição segundo a TMI se concentra nos extremos, assim como no índice de escassez de março de 2013, em que 40,7% dos municípios têm TMI abaixo da média e 46,1% tem TMI mais de 100% acima da média nacional. Com relação a distribuição dos municípios com escassez segundo os indicadores de pobreza, também observa-se a mesma tendência de 2013, em que a maioria (89,6%) se concentra nas primeiras quatro faixas da escala (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição dos municípios designados no cenário hipotético com escassez segundo indicadores que compõem a escassez de médicos em atenção básica em saúde – Brasil, março de 2013 e setembro de 2014

Escalas	2013		2014	
	N	%	N	%
1 médico p/ até 3.000 hab.	329	27,4	267	47,8
1 médico p/ mais de 3.000 até 4.000 hab.	568	47,3	208	37,3
1 médico p/ mais de 4.000 até 5.000 hab.	139	11,6	52	9,3
1 médico p/ mais de 5.000 até 10.000 hab.	140	11,7	27	4,8
1 médico p/ mais de 10.000 até 15.000 hab.	12	1,0	3	0,5
1 médico p/ mais de 15.000 hab./sem médico	12	1,0	1	0,2
TMI abaixo da média nacional	642	53,5	227	40,7
TMI até 10% acima da média	43	3,6	19	3,4
TMI mais de 10% até 25% acima da média	47	3,9	13	2,3
TMI mais de 25% até 50% acima da média	60	5,0	19	3,4
TMI mais de 50% até 100% acima da média	53	4,4	23	4,1
TMI mais de 100% acima da média	355	29,6	257	46,1
Menos de 10% de domicílios pobres	455	37,9	208	37,3
De 10% a menos de 20%	208	17,3	105	18,8
De 20% a menos de 30%	229	19,1	112	20,1
De 30% a menos de 40%	190	15,8	75	13,4
De 40% a menos de 50%	84	7,0	32	5,7
50% ou mais	34	2,8	26	4,7

Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Os Mapa 3 e 4 e a Tabela 18 refletem a distribuição geográfica dos municípios designados em 2013 e em 2014. Podemos observar que o cenário de 2014 segue a mesma tendência de 2013, em que pouco mais da metade dos municípios com escassez estão localizados no Norte e no Nordeste (55%). A tendência nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste também permaneceu a mesma. Em 2013 o Sudeste apresentava 21,1% dos municípios com escassez e em 2014, 24,6%; o Sul apresentava 15,1% em 2013 e 11,8% em 2014; e o Centro-Oeste, 8,4% em 2013 e 8,1% em 2014.

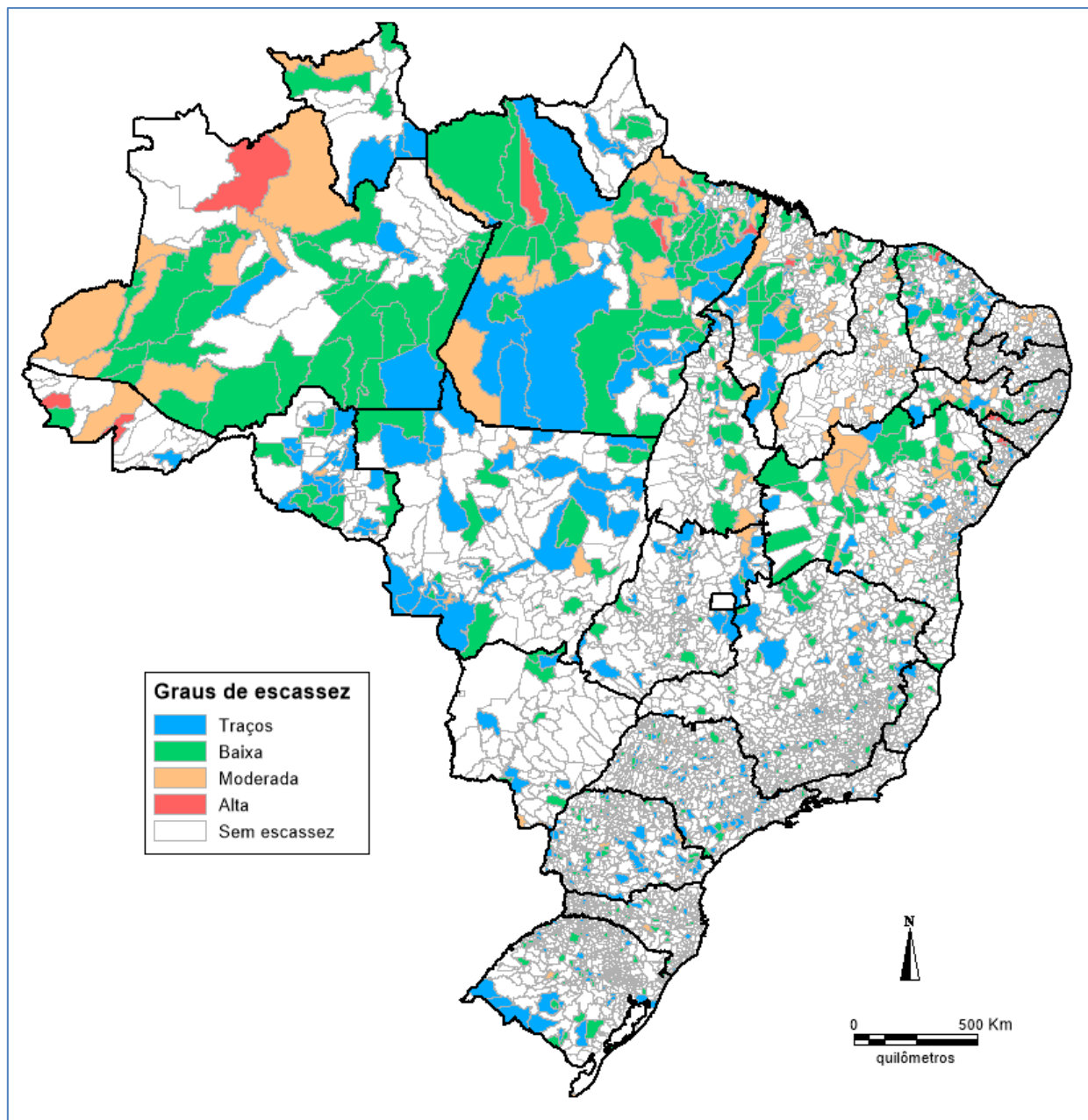
Do ponto de vista do porte populacional observamos que, assim como em 2013, grande parte dos municípios designados com escassez possuem até 50 mil habitantes (87,4%), com uma maior concentração na faixa de até 10 mil habitantes (43,2%).

Tabela 18 – Distribuição geográfica dos municípios designados no cenário hipotético com escassez de médicos em atenção primária– Brasil, março de 2013 e Setembro de 2014

	2013		2014	
	N	%	N	%
Norte	215	17,9	105	18,8
Nordeste	450	37,5	205	36,7
Sudeste	253	21,1	137	24,6
Sul	181	15,1	66	11,8
Centro-oeste	101	8,4	45	8,1
Capitais e regiões metropolitanas	3	0,3	1	0,2
Mais de 100 mil habitantes	52	4,3	23	4,1
Mais de 50 até 100 mil habitantes	110	9,2	46	8,2
Mais de 20 até 50 mil habitantes	295	24,6	129	23,1
Mais de 10 até 20 mil habitantes	283	23,6	118	21,1
Até 10 mil habitantes	457	38,1	241	43,2
Brasil	1200	100,0	558	100,0

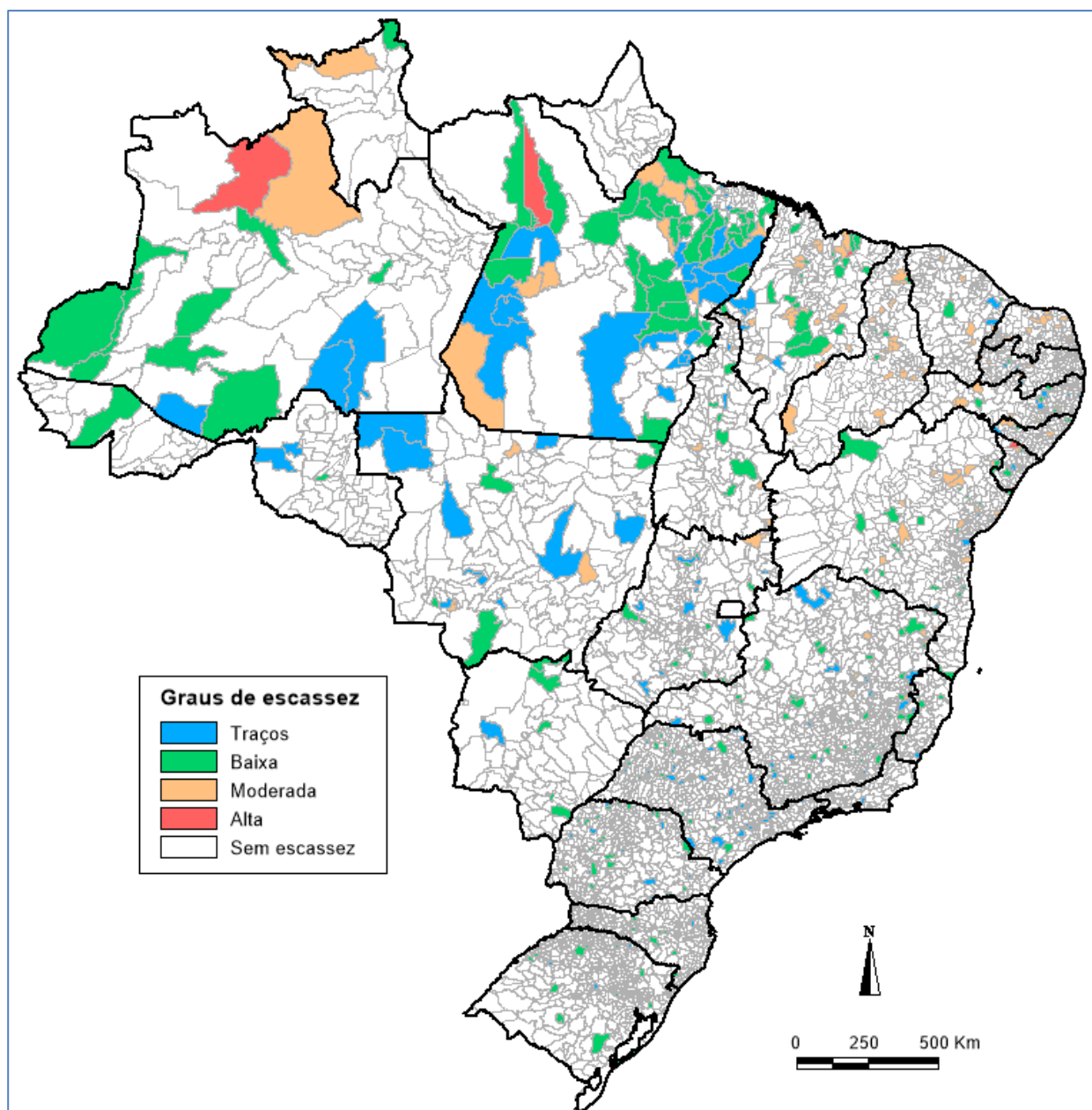
Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Mapa 3 – Distribuição dos municípios do Índice de Escassez de médicos em atenção primária – Brasil, março de 2013



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFGM, março de 2013.

Mapa 4 – Distribuição dos municípios do Índice de Escassez de médicos em atenção primária - Brasil, setembro de 2014



Fonte: * Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado EPSM/NESCON/FM/UFMG, março de 2013 e ** Sistema de Gerenciamento de Programas SGP/SGTS/MS, setembro de 2014.

Considerações finais

Este estudo, longe de ser conclusivo, buscou complementar a discussão a respeito do recente programa Mais Médicos. Os resultados deste estudo mostram que o programa teve um impacto positivo no Índice de Escassez em Atenção Primária no Brasil. Ao introduzir 3.688 médicos em 923 dos municípios que apresentavam escassez em março 2013 houve uma redução de mais de 50% no número de municípios designados, passando de 1.200 a 558 em um cenário para setembro de 2014.

É necessário levar em consideração as limitações do Índice apontadas na metodologia, como o fato de tratar os municípios brasileiros da mesma forma, deixando de fora grandes municípios localizados em regiões metropolitanas e outras áreas desenvolvidas, que possuem uma razão de médicos por habitante superior àqueles municípios menores que se destacam do ponto de vista socioeconômico. Muitos desses municípios possuem áreas e regiões que convivem com situação de privação de médicos, como regiões violentas e inseguras, como é o caso, por exemplo, do município de São Paulo que recebeu o maior número de médicos do ‘Mais Médicos’ (n=251) e não foi designado pelo Índice de Escassez.

A não inclusão da distância e tempo de deslocamento na construção do índice de escassez também deve ser levada em consideração, já que municípios que receberam médicos do programa e que possuem grande dificuldade de acesso, como o caso, por exemplo, de municípios localizados no Norte do país, onde o acesso é quase que exclusivamente fluvial, podem não ter sido designados pelo índice de escassez.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretária de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS Nº 134, de 04 de abril de 2011, constitui responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal/DF, bem como dos gerentes de todos os estabelecimentos de saúde na correta inserção, manutenção e atualização sistemática dos cadastros no SCNES dos profissionais de saúde em exercício nos seus respectivos serviços de saúde, públicos e privados. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0134_04_04_2011.html >. Acesso em 01 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 203/2013, de 08 de fevereiro de 2013 - Altera a Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0203_08_02_2013.html >. Acesso em 01 de novembro de 2014.

BRASIL. Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm >. Acesso em 01 de novembro de 2014.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html >. Acesso em 01 de novembro.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n.44, p. 13-24, 2009.

CARVALHO, J. A.; SAWYER, D. O.; RODRIGUES, R. N. **Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia**. 2ª Ed. São Paulo: ABEP, 1998.

GIRARDI, S.N. *et. al.* **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde**. Relatório de Pesquisa, Belo Horizonte, Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado, 2010.

GIRARDI, S. N, *et al.* **Monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família – 2010** [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas

Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2011

GIRARDI, S.N. *et. al.* **Studo de Identificação de áreas de escassez de recursos humanos em saúde no Brasil**. Relatório de Pesquisa, Belo Horizonte, Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.. **Regiões de Influência das Cidades 2007**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2012.

LAVINAS, L. Pobreza e exclusão: traduções regionais de duas categorias da prática. **Econômica**, v. 4, n.1, p.25-59, 2003.

MACIEL FR: **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. *PhD thesis*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2007.

NÉRI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p.77-87, 2002. Suplemento.

Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 1º Set 2011.

PONG, R. W. & PITBLADO, J. R. **Geographic distribution of physicians in Canada: beyond how many and where**. Ontario: Canadian Institute for Health Information, 2005.

PONG, R.W. Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: a study of policy implementation over 35 years. **Human resources for health**, v.6, p. 24.

SZWARCWALD, C. L. et al. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.13, v. 3, p. 503-516, 1997.

WHO - World Health Organization : *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention .**Global recommendations***. Geneva, 2010.