

Programa Mais Médicos e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: Aspectos Relacionados à Atração e Fixação de Profissionais Médicos¹

A presente súmula visa oferecer aos gestores evidências sobre atração e fixação dos médicos na atenção primária à saúde no Brasil na perspectiva do Programa Mais Médicos (PMM). Trata-se de material para subsidio de eventuais decisões no âmbito de políticas públicas de provimento profissional. A atração e a fixação são grandes dificultadores dada a grande rotatividade dos profissionais envolvidos, principalmente os médicos. Utilizando-se de evidências trazidas pela análise de georreferenciamento com dados entre 2008 a 2015, é possível identificar as regiões que apresentam maior dificuldade para reter profissionais e também visualizar os principais resultados deste período alcançados pelo PMM quanto a este tema.

Inicialmente, é necessário situar as causas desta dificuldade. A profissão médica é modelada socialmente por prestígio e remuneração. Este prestígio se torna crescente à medida que o médico se torna especialista em determinada área. Assim, a atenção básica passa a ser vista como “porta de entrada” do médico no mercado de trabalho e não como uma carreira. Este é um desdobramento do que se inicia na construção histórica da formação básica do médico no Brasil, formado com foco nas especialidades.

O médico é um profissional habilitado para atuação clínica e assegurar as atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças na população em geral ou em determinados grupos que a integram, ou ainda as atividades específicas da autoridade sanitária e de investigação e formação na sua área profissional. As atribuições específicas do médico na Atenção Básica se voltam a consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; deve realizar também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, e a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário, além de participar da educação permanente e do gerenciamento dos insumos.

Com o aumento dos postos de trabalho em saúde a partir da expansão da cobertura assistencial da Atenção Básica proporcionada pela implantação do SUS, a temática perpassa o provimento de profissionais médicos. Isso não acompanham o aumento das vagas, a má distribuição e a necessidade da fixação dos profissionais (Carvalho; Souza, 2013)².

Alguns estudos sobre os primeiros resultados do Programa Mais Médicos³ fazem um apanhado sobre as políticas de provimento de profissionais de saúde na Austrália, nos

¹ Elaborado pela equipe técnica do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Faculdade de Ciências econômicas da UFMG (Allan Claudius Queiroz Barbosa, Juliana Goulart Nascimento Soares, Thiago Augusto Hernandes Rocha). Belo Horizonte; OBSERVA-RH FACE/UFMG, 2017

² CARVALHO, M. S.; SOUZA, M.F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 17, n 47, p. 913 – 26, out/dez. 2013.

³ OLIVEIRA, F. P. et alli Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface comun. saúde educ*; 19(54): 623-634, jul. - set. 2015.

Estados Unidos da América e no Brasil e afirmam que a provisão de médicos em áreas vulneráveis no Brasil só foi alcançada com o PMM. O que corrobora os resultados trazidos pelo estudo de Miranda et. al. (2017)⁴ que observou em uma perspectiva histórica de 2002 a 2015 a evolução das equipes de saúde da família no Brasil através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e indicou uma redução da rotatividade e a ocorrência de fixação dos profissionais como possível causa do financiamento do Ministério da Saúde e a desoneração dos municípios. O estudo observou ainda a redução de internações por causas sensíveis à atenção primária após o PMM, o que sugere a contribuição do programa na melhoria do acesso e desempenho da atenção primária.

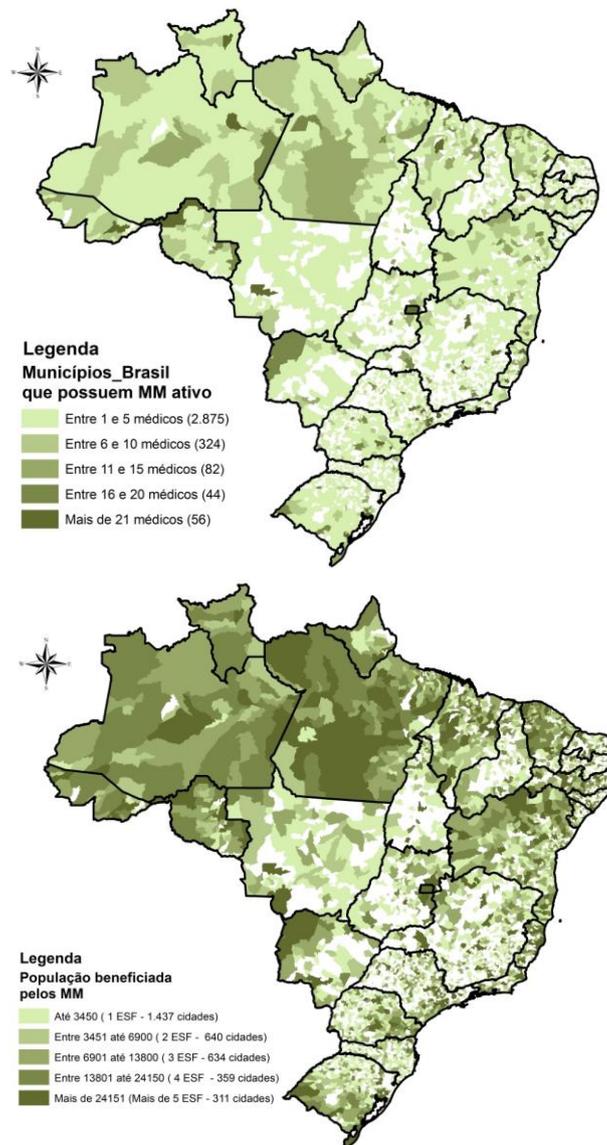
O estudo desta súmula utilizou-se de metodologia baseada em geoestatística (autocorrelação espacial), permitindo identificar clusters (regiões) espaciais significativos quanto à distribuição de um determinado evento de interesse. Foram utilizados ainda dados secundários e indicadores sociodemográficos do IBGE/PNUD e ou DATASUS, CNES e PMAQ, tendo como unidade de análise utilizada médicos ativos do Programa Mais Médicos, observando sua distribuição, monitoramento de procedimentos de desligamentos e tempo de permanência. A análise de rotatividade e tempo de permanência analisou dados de 721.832 mil profissionais ativos, sendo destes 87.197 médicos, e dados de 1.112.816 operações de desligamentos de profissionais, sendo destes 298.055 desligamentos de médicos. Na análise sócio-demográfica foram utilizados dados do IBGE.

A análise quanto à distribuição espacial dos Médicos do PMM *versus* População Beneficiada (figura 1) constatou que a maior parte do território brasileiro possui ao menos um médico para atendimento a população, a maior ocorrência é do quantitativo de um a cinco médicos por município o que perfaz um total de 2.875 municípios, outro dado interessante é que podemos contar com as ocorrências de mais de vinte e um médicos nas regiões Norte e Centro-Oeste, regiões estas que apresentam baixa atração historicamente. Sobre a população beneficiada nota-se que para os municípios com maior número de médicos tem maior cobertura da população com mais de cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família. Apesar de uma grande parte dos municípios possuírem ao menos um médico, há municípios sem cobertura médica. Portanto, com a população sem atendimento deste profissional.

A análise do agrupamento de localidades que contam com médicos do PMM apresenta na região sul do Sudeste um cluster de agrupamento significativo de municípios com volume mais alto de profissionais do PMM. A região Sul com uma pequena faixa do Centro-Oeste apresenta cluster que indica agrupamento significativo de municípios com volume mais baixo de médicos do PMM. Faz-se importante salientar que independente da cor, o indicativo de cluster mostra as áreas com municípios mais atendidas pelos médicos do PMM.

⁴ MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C.G et ali A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros *Trab. educ. saúde*; 15(1): Jan.-Apr. 2017.

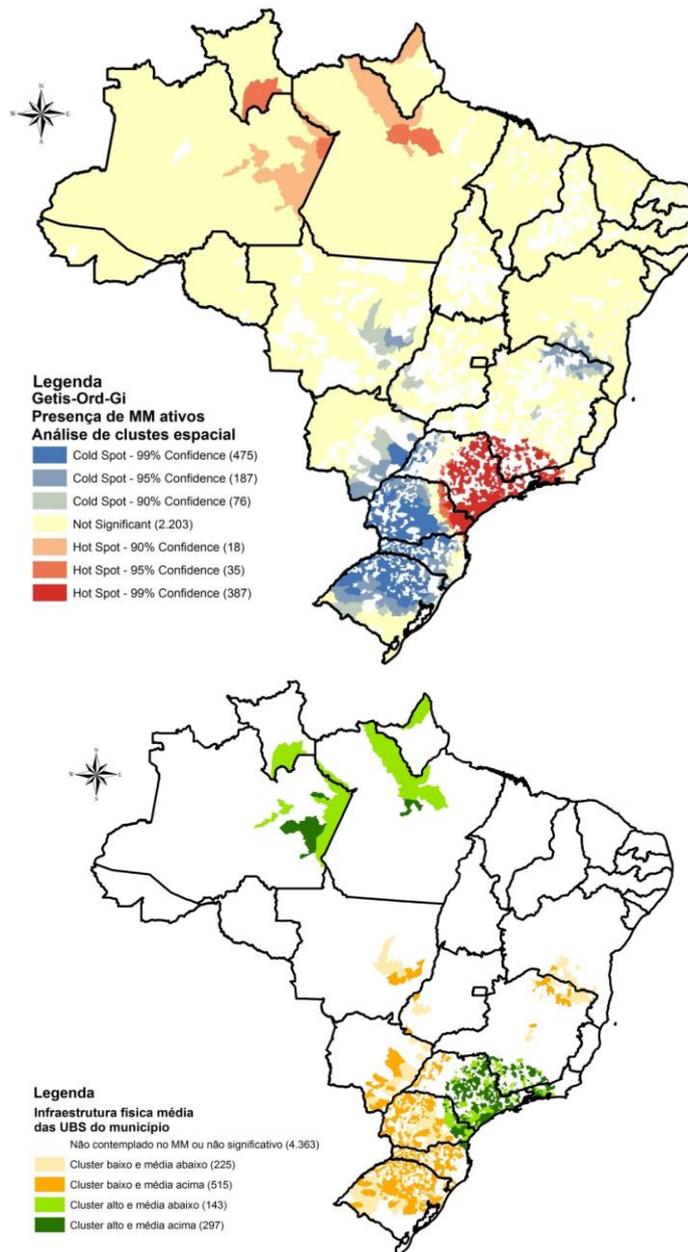
Figura 1 – Municípios do Brasil que possuem Médicos do PMM ativos – População beneficiada pelos Médicos do MM



Fonte: OBSERVARH-FACE UFMG, 2017

A figura 2 apresenta municípios com médicos ativos e indicadores sócio-demográficos de infraestrutura física das UBS, sugerindo como estão as regiões contempladas pelo PMM. As cores escuras indicam que os *clusters* formados receberam volume maior do PMM e possuem infra-estrutura melhor estabelecida.

Figura 2 – Clusters espacial do agrupamento de localidades que contam com médicos do PMM – Situação dos municípios em clusters quanto aos indicadores sócio-demográficos – Infraestrutura física das UBS

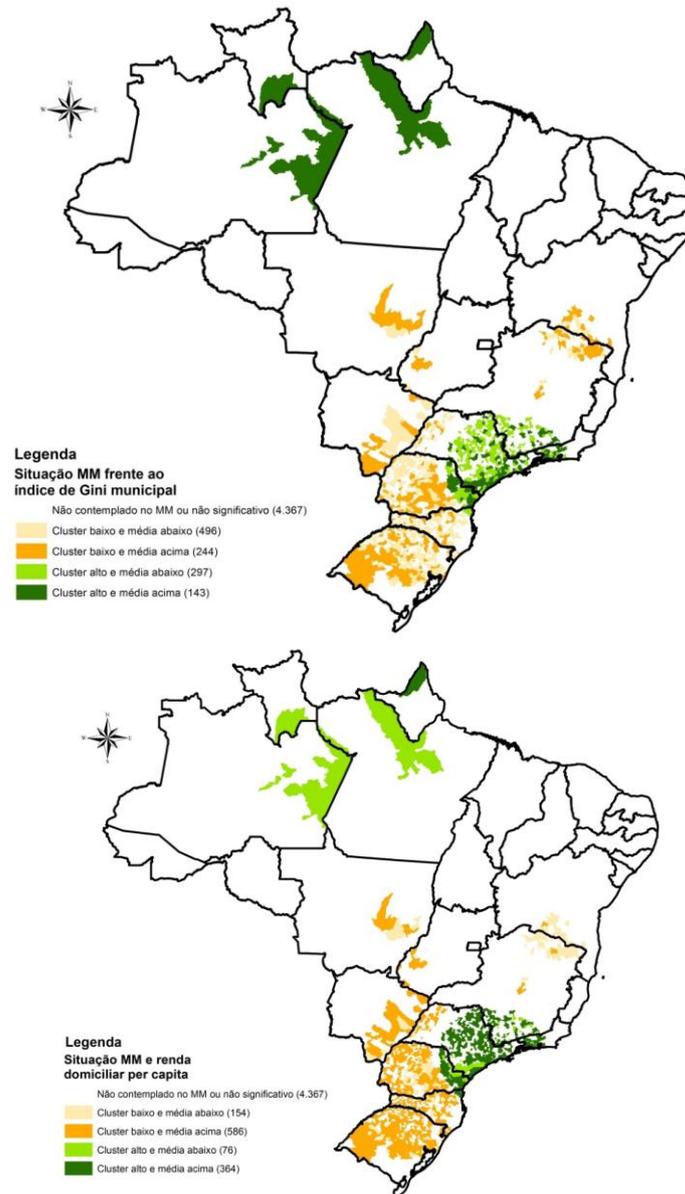


Fonte: OBSERVARH-FACE UFMG, 2017

A figura 3 apresenta situação dos municípios quanto ao indicador sócio-demográfico (GINI) sugerindo que as regiões mais contempladas pelo PMM apresentam índice mais baixos que a média de seus respectivos estados, sendo estas as regiões marcadas por uma maior desigualdade social. As regiões mais contempladas pelo PMM têm uma média de renda domiciliar per capita mais elevada que as médias estaduais. Analisando-se em conjunto com o índice de GINI, essa evidência reforça a hipótese de maior desigualdade de renda para essas localidades. Ou seja, quanto mais alto o PIB per capita e menor índice de GINI, tanto melhor caracterizada está uma situação de forte desigualdade de renda. Quando

observamos que isso ocorreu em regiões que receberam muitos médicos do MM isso sugere que o programa atingiu áreas marcadas por iniquidades.

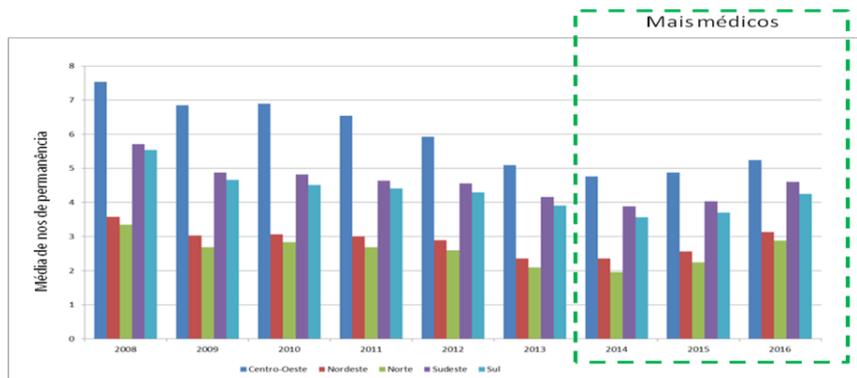
Figura 3 – Situação dos municípios em clusters quanto aos indicadores sociodemográficos – Índice de GINI – Situação dos municípios em clusters quanto aos indicadores sociodemográficos – Renda domiciliar per capita



Fonte: OBSERVARH-FACE UFMG, 2017

Os dados de alocação dos médicos do PMM nos municípios brasileiros associados à análise da fixação demonstram que entre 2014 e 2016 ocorreu aumento do tempo de fixação todas as regiões do país e o tempo de permanência mais elevado, majoritariamente, nas regiões sul e sudeste (gráfico 1).

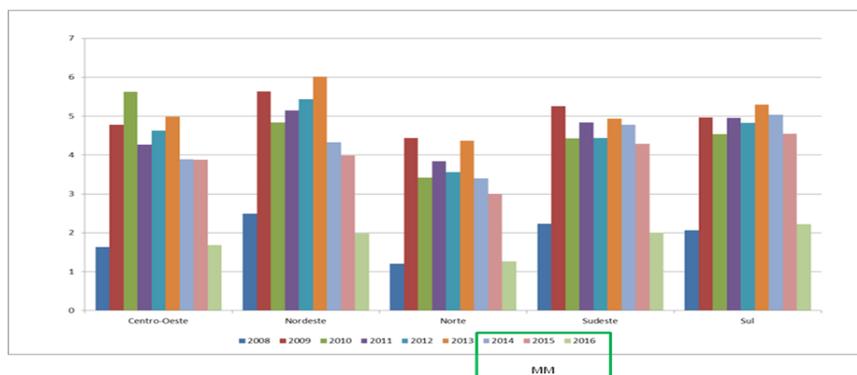
Gráfico 1 - Tempo médio de permanência, em anos, dos profissionais médicos junto as equipes de atenção primária



Fonte: OBSERVARH-FACE UFMG, 2017

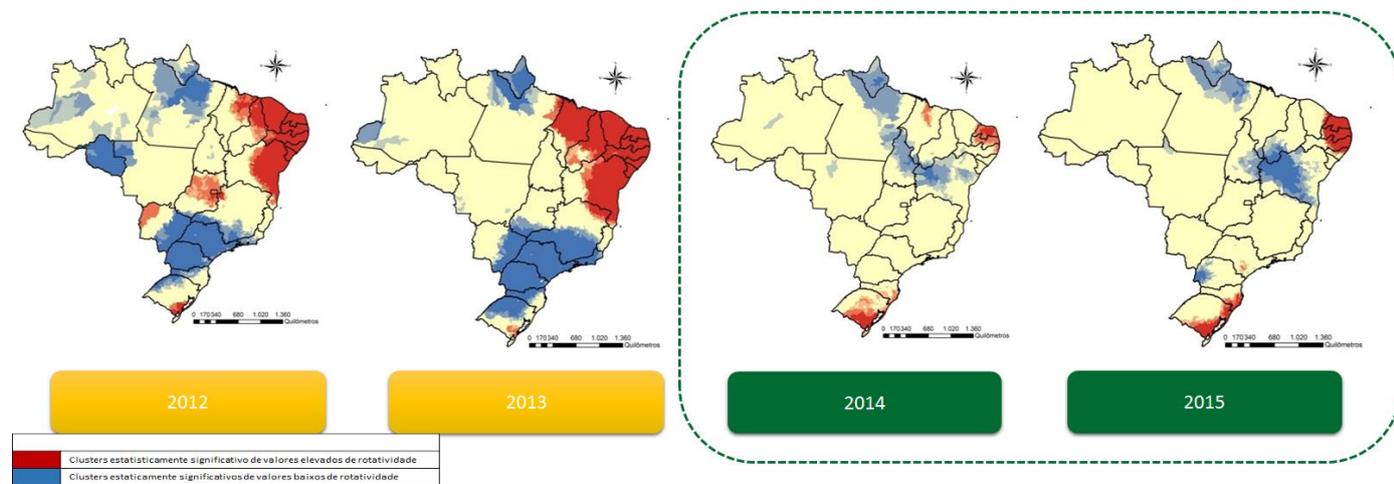
Há também uma decrescente taxa de rotatividade para todas as regiões do país após 2014, conforme gráfico 2. Isso é corroborado pela figura 5, onde fica evidente que após o início do PMM a rotatividade cai e continua baixa.

Gráfico 2 - Taxa de rotatividade municipal dos profissionais médicos atuantes junto as equipes de atenção primária – Quantidade média de médicos trocados por ano



Fonte: OBSERVARH-FACE UFMG, 2017

Figura 5 - Clusters espaciais de valores referentes à rotatividade de profissionais médicos junto às equipes de atenção primária



Fonte: OBSERVARH-FACE UFMG, 2017

De forma geral, os dados demonstram que o PMM de fato cumpriu sua proposição inicial de provimento emergencial em áreas críticas de permanência e fixação de médicos, beneficiando parcela significativa da população brasileira, com acentuada redução da rotatividade de profissionais e dando continuidade à relação médico paciente, um dos pilares da atenção primária à saúde.