









Trabalho, Educação e Saúde

Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos

Provision of physicians in primary health care in the state of Paraíba, Brazil, according to the More Doctors' Program

Proveimiento de médicos en la atención primaria de salud en el estado de Paraíba, Brasil, según el Programa Más Médicos

Maria Helena de Azevedo Leitão¹  Maria Vanessa Dias da Silva² 
Aguyda Naiara de Lima Pereira Bento³  Aletheia Soares Sampaio⁴ 
Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos⁵  Sydia Rosana de Araujo Oliveira⁶ 

Resumo

A provisão médica tem sido fruto de debates internacionais há décadas, inclusive no Brasil, onde há um cenário de déficit e má distribuição de médicos. Esta pesquisa objetivou descrever o perfil dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos a fim de avaliar a qualidade do provimento médico. Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, descritivo, seguido de estudo de caso baseado em informações de 272 questionários, no período de 2015 e 2016. Os dados foram analisados com o programa estatístico IBM SPSS v.22.0. A idade média dos entrevistados foi de 38,2 anos, sendo 50,7% do sexo feminino, 11% estavam no primeiro emprego, 51,1% tinham entre 1 e 5 anos de formado e 85% disseram ter experiência de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Observou-se que, com a implantação do Programa na Paraíba, houve uma mudança não apenas no quantitativo de médicos, como também no número de postos de trabalho, na interiorização e redistribuição desses profissionais. Todavia, há 22 municípios paraibanos sem médico, e 85,3% dos médicos inseridos no Programa sem título de especialista. Denota-se que as condições de acesso e a qualidade dos serviços prestados constituem um grande desafio a ser superado, com fundamental participação reguladora do Estado.

Palavras-chave atenção primária à saúde; médicos de atenção primária; saúde pública; política de saúde; área carente de assistência médica.

Como citar: LEITÃO, Maria H. A. et al. Provimento médico na atenção primária à saúde no estado da Paraíba por meio do Programa Mais Médicos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 2, 2020, e00287119. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00287

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00287

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Brasil. mariahellenaazevedo@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva Recife, Brasil. mvanessads@gmail.com

³ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva Recife, Brasil. aguyda.naiara@hotmail.com

⁴ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Brasil. aletheia@cpqam.fiocruz.br

⁵ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Brasil. analucia@cpqam.fiocruz.br

⁶ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, Brasil. sydia@cpqam.fiocruz.br

Recebido: 09/10/2019
Aprovado: 14/01/2020



Abstract

The provision of physicians has been the object of international discussions for decades, and the same is true for Brazil, where there is a situation of shortage and bad distribution of physicians. The present research had the aim of describing the profile of the physicians included in the 'More Doctors' Program (Programa Mais Médicos, in Portuguese). It is a quantitative, cross-sectional, descriptive study, followed by a case study with information from 272 questionnaires. The data were analyzed using the SPSS statistical software, version 22.0. The average age of the interviewees was 38.2 years, and 50.7% of them were female, 11% were in their first jobs, 51.1% had graduated between 1 and 5 years prior to the study, and 85% reported having experience working in primary health care. We observed that, with the implementation of the 'More Doctors' Program in the state of Paraíba, Northeastern Brazil, there was a change not only in the amount of doctors, but also in the number of job posts, in the number of physicians who go work on the countryside, and in the redistribution of these professionals. However, the results indicate that there still are 22 municipalities in Paraíba without physicians, and that 85.3% of the physicians included in the Program still did not have a specialist title. The conditions of access and the quality of the services provided still constitute a great challenge yet to be overcome.

Keywords primary health care; primary health care physicians; public health; health policy; area in need of medical care.

Resumen

Hace décadas que se discute internacionalmente el proveimiento de médicos, y la situación no es distinta en Brasil, donde hay un escenario de déficit y mala distribución de médicos. Esta investigación tuvo el objetivo de describir el perfil de los médicos integrantes del Programa "Más Médicos". Se trata de un estudio cuantitativo del tipo transversal, descriptivo, seguido de estudio de caso con informaciones de 272 cuestionarios. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 22.0. La edad media de los entrevistados fue de 38,2 años, y 50,7% era del sexo femenino, 11% estaban en su primer empleo, 51,1% tenían entre 1 y 5 años de egresados, y 85% afirmaron tener experiencia de trabajo en la atención primaria. Se observó que, con la implantación del Programa en Paraíba, hubo un cambio no sólo en la cantidad de médicos, sino que también en el número de puestos de trabajo, en la interiorización, y en la redistribución de estos profesionales. Sin embargo, los resultados indican que todavía hay 22 municipios de Paraíba sin médico, y 85,3% de los médicos integrantes del Programa aún no tenían el título de especialista. Las condiciones de acceso y la calidad de los servicios prestados aún son un gran reto por superar.

Palabras-clave atención primaria de salud; médicos de la atención primaria; salud pública; política de salud; área carente de asistencia médica.

Introdução

A regulação e provisão de profissionais de saúde é uma preocupação antiga e cada vez mais crescente em todo o mundo. Há, entre as nações, escassez global dos profissionais de saúde, em especial de médicos, com grande diferença na relação médico/habitante, e desigual distribuição territorial (Oliveira et al., 2015; Ono, Schoenstein e Buchan, 2014). Acresce a esta problemática a baixa capacidade de atração e permanência dos profissionais de saúde nas áreas rurais mais remotas, e em locais marcados pelo empobrecimento das populações (Crisp e Chen, 2014; Oliveira et al., 2015; Scheffer, 2015).

No Brasil, a desigualdade na distribuição de trabalhadores é anterior à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Franco, Almeida e Giovanella, 2019). A provisão e fixação de médicos é um problema latente em áreas mais desfavorecidas, havendo concentração de profissionais em áreas urbanas e regiões mais ricas, e escassez nas regiões Norte e Nordeste do país, principalmente na Atenção Primária (Póvoa e Andrade, 2006; Matos et al., 2019). Alguns estudos apontam o Nordeste brasileiro, como a região com a menor proporção de médicos por habitante, chegando a ser menos da metade do observado nas regiões Sul e Sudeste (Nogueira et al., 2016).

Em resposta a esse quadro, ao longo das últimas décadas, o SUS vem sendo reestruturado com ações que priorizam a atenção básica (Campos e Pereira Junior, 2016), e iniciativas do Estado brasileiro têm sido realizadas para o provimento emergencial de profissionais de saúde, destacando-se: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento em 1976; o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde em 1993; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde em 2001; e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica, iniciado em 2011. Porém, apesar da importância desses programas para atrair profissionais a áreas remotas, nenhum conseguiu fazê-lo na magnitude necessária para suprir a demanda dos municípios (Nogueira et al., 2016). Surge, então, em 2013, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), uma intervenção nacional conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação e Cultura. Essa intervenção vislumbra o provimento e qualificação da carreira médica no país como estratégia para repensar também a lógica de formação dos profissionais médicos (Barbosa et al., 2018; Mendonça et al., 2016).

O PMM possibilita o planejamento da distribuição de médicos para a Atenção Básica segundo critérios de equidade, vulnerabilidade social e de populações específicas (Campos e Pereira Junior, 2016), cujo objetivo principal é aumentar a disponibilidade desses profissionais em áreas com menor número de médicos por habitante (Barbosa et al., 2018). Antes da implantação do PMM, cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos (Girardi et al., 2016). Para alcançar seus objetivos, o PMM está estruturado em três eixos: mudança da matriz curricular, implantação de novas diretrizes curriculares e reordenação da oferta de cursos de medicina, bem como ampliação das vagas, priorizando lugares com escassez de médicos e aumento de número de vagas também na residência médica; estabelecimento do serviço obrigatório na atenção básica ou nos serviços de urgência e emergência do SUS para estudantes de medicina desde o 1º semestre de 2015; e contratação de médicos brasileiros, brasileiros formados no exterior, e estrangeiros por um período de três anos (prorrogáveis por mais três) para atuar, sobretudo, em municípios cuja quantidade de profissionais de saúde estivesse abaixo do preconizado (Mendonça et al., 2016; Carvalho, Marques e Silva, 2016).

No Brasil, o PMM ampliou o recrutamento e alocou 14.462 médicos em 3.785 municípios, em 2013. Destes, 12.616 médicos (87,2%) eram estrangeiros advindos de 49 países, em especial Cuba. Esse quantitativo aumentou a cada edital lançado pelo Programa, crescendo também a proporção de brasileiros integrantes (Oliveira et al., 2015). O número de médicos participantes foi maior em Estados onde a provisão médica era mais problemática (Pinto et al., 2017; Nogueira et al., 2016), a exemplo do Estado da Paraíba, que, por décadas, teve uma quantidade de vagas para entrada no curso de medicina muito baixa, variando de 164 vagas anuais em 1991 para 180, em 2003. Esse quadro começou a mudar em 2004, com a criação de 80 novas oportunidades. Nos anos subsequentes, com incentivos governamentais, as vagas aumentaram consideravelmente, subindo para 1.066, em 2014. Parte dessas últimas era prevista pelo PMM (Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde, 2017).

Diante desse quadro, o provimento médico permanece como um dilema na realidade paraibana, motivando o presente estudo, cujo objetivo foi caracterizar os médicos inseridos no PMM a fim de avaliar a qualidade do provimento médico.

Métodos

Realizou-se um estudo de caso por se tratar de uma investigação empírica que pesquisa particularidades e complexidades de um caso singular e que busca compreender o objeto de estudo dentro de determinadas circunstâncias (Minayo, 2010). Do ponto de vista metodológico, portanto, a pesquisa baseou-se em uma abordagem quantitativa.

O Estado da Paraíba foi escolhido por ter um alto índice de vulnerabilidade socioeconômica. Nos últimos três levantamentos do índice de desenvolvimento humano (IDH), a Paraíba oscilou entre o 23º e 24º lugar dos 27 estados do país. Tem um rendimento médio mensal *per capita* de R\$ 433, a 18ª posição no Brasil. É ainda o sétimo pior estado em concentração de renda com Índice de Gini de 0,508

em 2013 e 8,11% da população vivendo abaixo da linha da pobreza. Em 2010, o estado apresentava o terceiro maior índice de analfabetismo, atingindo 20,2% da população com idade acima de 10 anos, enquanto a média brasileira era de 9% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2013). No que se refere à saúde, apesar de possuir o segundo maior percentual de domicílios cadastrados nos serviços de atenção básica (78,6% em 2013), está apenas na 16ª posição entre os estados em se tratando de consulta com médico nos últimos 12 meses (66,4% da população tiveram acesso à consulta com médico). Outros indicadores da condição de saúde no estado são: internação em hospitais por 24h ou mais (6,2%, 12º no país), abortos espontâneos entre mulheres de 18 a 49 anos (16,1%, 17º no país), acidente vascular cerebral com diagnóstico médico em pessoas com mais de 18 anos (1,8%, 8º maior no país), mortalidade infantil (17,52 por mil nascidos vivos, 17º no país), perda de 13 ou mais dentes em maiores de 18 anos (28,7%, atrás apenas do Ceará) (Brasil, 2017).

O recorte temporal para o empreendimento da presente pesquisa compreende o período situado entre o ano de 2013, quando foi criado o PMM, e o ano de 2016, com a suspensão do governo Dilma Rousseff, por entender que houve, com essa mudança governamental, substituições ministeriais e dos quadros técnicos com consequentes alterações no Programa.

Foram elegíveis para participação no estudo todos os 398 médicos vinculados ao PMM na Paraíba, em setembro de 2016. Aplicaram-se os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a fim de obter o quantitativo de médicos efetivos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado da Paraíba. Para tal, foram selecionados os profissionais cadastrados na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) como “Médico de família e comunidade” (CBO 225130) e “Médico da estratégia de saúde da família” (CBO 225142). O contato desses profissionais foi fornecido pelo MS mediante solicitação que se apoia na lei n. 12.527/2011 (Lei do Acesso à Informação), que regulamenta o direito, a qualquer cidadão, de acesso a informações de órgãos e entidades públicas, de todos os Poderes, por eles produzidas ou custodiadas.

Foram ainda extraídos do CNES o número de Unidades Básicas de Saúde e Unidades Mistas na Paraíba, no início e no fim do estudo, e os dados populacionais da base de dados do IBGE (2010).

Os dados foram coletados com aplicação de questionário estruturado, intitulado “Mais Médicos – Formulário de Avaliação”, que é parte do projeto de pesquisa “Análise político-social da implantação do Programa Mais Médicos no Estado da Paraíba”. O questionário foi enviado e respondido em formulário eletrônico na internet, via convite individual, para todos os 398 médicos. Apesar desse universo, foram validados apenas 272 questionários.

Os dados, tanto provenientes do CNES (referentes ao quantitativo de médicos efetivos na APS no Estado da Paraíba), quanto do MS (referente ao número total de médicos participantes do PMM na Paraíba), foram analisados com o programa Microsoft Excel para o cálculo do número de médicos por CBO e por habitantes nos períodos considerados (julho de 2013 e setembro de 2016) para cada município do Estado da Paraíba; e para o cálculo da proporção Profissionais/Ocupações, para cada um dos momentos mencionados.

Os dados dos questionários foram analisados no programa estatístico IBM SPSS v. 22.0, no qual foi analisada a opinião de 68,3% do total de médicos do PMM na Paraíba. Esses resultados foram espacializados no programa QGIS v. 2.18.16 e gerados mapas dos dois momentos acima referidos. Os mapas receberam legendas com cores graduadas em cinco classes divididas em quintis. Para comparação visual da evolução dos resultados, adotaram-se as mesmas classes de legenda do primeiro mapa (julho/13) no segundo mapa (setembro/16). Para verificar se as médias de médicos/mil habitantes eram ou não significativas, aplicou-se o Teste-T no programa IBM SPSS v. 22.0. Também foi calculada a desigualdade da distribuição de médicos/mil habitantes nos municípios da Paraíba nos dois momentos já mencionados. Para isso, calculou-se o Índice de Gini com base nos dados extraídos do CNES.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba em 22/10/15, sob o número CAAE 48948015.8.0000.5188.

Caracterizando o provimento médico na Atenção Primária

Na Tabela 1, são descritas as características pessoais dos médicos inseridos no PMM na Paraíba, no período estudado, podendo-se observar que a maioria tinha entre 30 e 59 anos de idade (média 38,2 anos), sendo 50,7% do sexo feminino. Quanto à experiência profissional, 51,1% tinham entre 1 e 5 anos de formados, 11,0% estavam no seu primeiro emprego, e 85,3% disseram ter experiência de trabalho na APS. No que se refere a possuir título de especialista, 85,3% afirmaram não ter feito nenhum curso de pós-graduação nem ter se submetido à prova na categoria médica para obtenção do título de especialista.

Tabela 1 – Características pessoais dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos na Paraíba, de 2015 a 2016

Variáveis disponíveis	n	%
Idade		
< 30 anos	16	5,9
30 a 59 anos	222	81,6
≥ 60 anos	28	10,3
Sem informação	6	2,2
Sexo		
Feminino	138	50,7
Masculino	134	49,3
Tempo de graduação médica		
Até 1 ano	4	1,5
De 1 a 5 anos	139	51,1
De 6 a 10 anos	31	11,4
>10 anos	98	36,0
Experiência de trabalho?		
Sim	242	89,0
Não (1º emprego)	30	11,0
Experiência na APS?		
Sim	232	85,3
Não	40	14,7
Tem Pós-graduação?		
Sim	40	14,7
Especialista em MFC	10	3,7
Outra especialidade	30	11,0
Não	232	85,3
Total	272	100,0

Fonte: As Autoras

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde; MFC: Medicina de Família e Comunidade.

Segundo Souza e Albuquerque (2015), é fundamental avaliar o perfil dos profissionais para a formulação de políticas públicas de formação de recursos humanos especializados na área da saúde. Essas autoras referem que a frequência de profissionais nas faixas etárias extremas possui correlação positiva com a alta rotatividade no serviço de saúde. No presente estudo, a proporção de médicos nas faixas etárias extremas totalizou 16,2%, podendo estar correlacionada a uma maior continuidade desses profissionais no trabalho. Todavia, os dados disponíveis não permitem que se faça essa afirmativa de forma segura.

No que diz respeito ao tempo de formação, Oliveira et al. (2019) mencionam que médicos com até 5 anos de formados estão buscando entrar no mercado de trabalho e anseiam garantir uma continuidade da formação, via pós-graduação. O PMM tem como objetivo ampliar e qualificar a formação de médicos no país, de acordo com as necessidades do SUS, apresentando-se, portanto, como uma política pública atrativa por inserir os profissionais no mercado de trabalho e lhes garantir uma especialização (Mendonça et al., 2016; Carvalho, Marques e Silva, 2016).

Souza e Albuquerque (2015) mencionam que no Brasil há muitas vagas para médicos, mas em grande parte com vínculos frágeis (contratos temporários, vagas informais ou de horistas), o que resulta na alta rotatividade. No presente estudo, apenas 11% dos entrevistados referiram estar no 1º emprego.

A Residência Médica é considerada o padrão ouro da especialização médica (Rodrigues et al., 2017). Nossa pesquisa constatou que apenas 14,7% dos médicos inseridos no PMM afirmaram possuir título de especialista. Este resultado remete à seguinte questão a ser investigada no futuro: a reduzida proporção de médicos qualificados é consequência de um problema estrutural referente à educação médica no país, em especial na Região Nordeste, pela oferta de vagas de residência ainda reduzida?

A Tabela 2 apresenta o quantitativo de médicos por país de nascimento e de realização do curso de medicina. No que tange à nacionalidade, 71,7% são brasileiros, 26,5%, cubanos e 1,8%, de outros países. E com relação ao local onde foi feita a graduação em medicina, 65,1% se formaram no Brasil, 30,5%, em Cuba, e os demais em países de língua espanhola especificados na referida tabela. Dentre os 95 profissionais graduados no exterior (34,9%), 18 são brasileiros (6,6%).

Tabela 2 – Quantitativo de médicos do Programa Mais Médicos, por país de nascimento e de realização do curso de medicina . Paraíba, 2015 a 2016

País de nascimento	País de graduação em medicina							Total (%)
	Brasil	Cuba	Bolívia	Venezuela	Argentina	Espanha	Equador	
Brasil	177	10	4	1	1	1	1	195 (71,69)
Cuba		72						72 (26,47)
Venezuela				2				2 (0,73)
Uruguai		1						1 (0,37%)
Argentina					1			1 (0,37%)
Espanha						1		1 (0,37%)
Total	177 (65,08%)	83 (30,52%)	4 (1,47%)	3 (1,10%)	2 (0,73%)	2 (0,73%)	1 (0,37%)	272 (100,00%)

Fonte: As autoras.

No que concerne ao país de nascimento e de formação, é necessário relembrar que as iniciativas governamentais para enfrentar as deficiências no provimento de profissionais se deram, ao longo dos anos, por meio de sucessivos programas de caráter fragmentado, pontual e de alcance modesto, sem sustentação a longo prazo (Franco, Almeida e Giovanella, 2019). O PMM diferenciou-se das demais iniciativas por sua abrangência e magnitude. Também é possível perceber que o PMM representa uma oportunidade para que médicos brasileiros graduados no exterior possam voltar para o seu país e exercer a profissão (Souza e Albuquerque, 2015).

Demonstra-se na Tabela 3 o cenário geral da atuação médica na APS da Paraíba a fim de possibilitar melhor compreensão dos possíveis impactos do PMM na provisão médica desse Estado.

Conforme se pode observar, houve um aumento de 34,3% de médicos na APS desse estado entre julho de 2013 e setembro de 2016. No último período analisado, dos 837 médicos que estavam atuando na APS, 381 profissionais (45,5%) eram vinculados ao PMM. Também foi evidenciado um aumento dos postos de trabalho. Ressalta-se que, na categoria Saúde da Família, o número de postos de trabalho foi aumentado de 1.392 para 1.482 (acréscimo de 6,5%).

Tabela 3 – Panorama da provisão médica na APS no estado da Paraíba, em julho de 2013 e setembro de 2016.

Provisão médica	Jul/13	Set/16	Acréscimo
Número de médicos na APS	623	837	25,57%
Postos de Trabalho	2.608	2.824	8,28%
Saúde da família	1.392	1.482	6,46%
Número de UBS + Unidade Mista na PB	1.216	1.342	10,36%
Média médicos por município*	2,794	3,753	34,32%
Número de médicos na capital João Pessoa	133	163	22,56%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

* Número de médicos dividido pelo número de municípios dos Estado

Nota: APS: Atenção Primária à Saúde ; UBS: Unidade Básica de Saúde; PB: Paraíba

Pinto et al. (2017), ao analisarem a implantação do PMM por unidade da federação, afirmam que a média de crescimento nacional no número total de médicos foi de 10,7%, e que os estados do Norte e Nordeste, com exceção de Pernambuco, tiveram um crescimento acima de 10% entre os anos de 2012 e 2015. Segundo esses autores, o aumento no número total de médicos no Estado da Paraíba foi de 21%, sendo 3% devido ao PMM, demonstrando, assim, que esse estado foi beneficiado pelo Programa com um crescimento acima da média nacional. Além disso, eles constataram que o número total de médicos na Paraíba, em 2013, era de 4.704, passando para 5.532 em 2016 (crescimento de 15%). Há, portanto, similaridade entre esse e o presente estudo (crescimento de 25,57%).

Ainda sobre a redistribuição de médicos, confrontados os dados de crescimento total de médicos no estado (17,6%) com o aumento de 34,3% na APS, evidenciado no atual estudo, pode-se afirmar que o incremento observado na atenção básica foi 94,9% maior que o crescimento total de médicos percebido no Estado da Paraíba no período considerado. Ou seja, houve redistribuição da força de trabalho médico, priorizando a APS e o SUS.

Também constatamos (dados não tabulados) que o número de profissionais que excediam a carga horária de 40 horas semanais em unidades básicas de saúde, chegando ao extremo de 80 horas, reduziu, passando de 4,0% (em julho de 2013) para 1,4% (em setembro de 2016). Considerando que as Unidades de Saúde da Família da Paraíba funcionam em regime de horário diurno, em dias úteis, permanecendo

abertas de 40 a 50 horas semanais, afirma-se que os excessos de carga horária são praticados por médicos vinculados às demais unidades da APS (UBS e/ou Unidade Mista), denotando que, na prática, pela impossibilidade de cumprir uma jornada maior que 60 horas semanais, em diferentes serviços, esses profissionais não estão efetivamente cumprindo essas horas de trabalho.

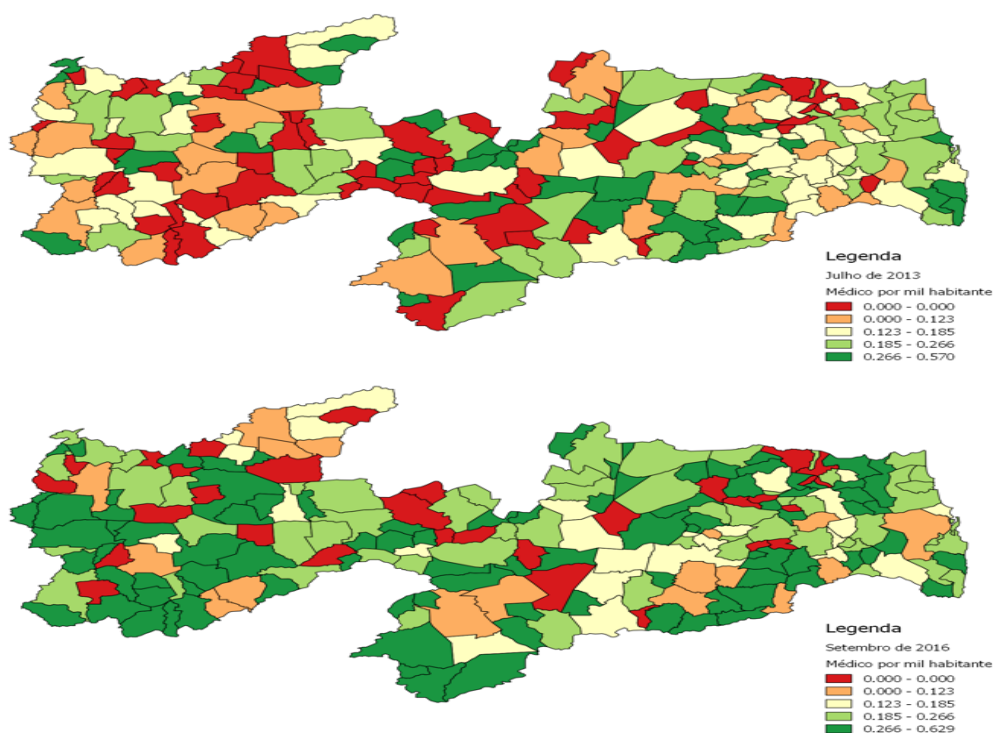
Maciel et al. (2010) afirmam ser comum a multiplicidade de vínculos no Nordeste brasileiro, seja público-público ou público-privado. No Estado do Ceará, o número de médicos que possuíam de dois a quatro vínculos chegava a 53,5%, e 0,6% possuíam de onze a vinte vínculos, justificado pela tentativa de aumentar a renda.

Múltiplos empregos e excesso de carga-horária comprometem a qualidade dos serviços ofertados, sendo um fator de precarização do SUS. Essa situação é ainda mais grave quando os múltiplos vínculos se encontram em locais tão distantes que inviabilizam o cumprimento efetivo da carga horária, denotando, não raro, que o médico precisaria estar em dois lugares ao mesmo tempo (Macielet al., 2010). Campos, Machado e Girardi (2009) apontam que muitos municípios, por não conseguirem fixar os médicos, acabam por fazer concessões que chegam a prejudicar a qualidade da assistência à saúde.

A fim de evitar o exposto, a lei n. 12.871, de 2013, que institui o PMM, proíbe que o médico tenha vínculo empregatício em paralelo ao Programa, além de prever fiscalização para o cumprimento efetivo da carga horária, sendo este o papel destinado aos supervisores e referências técnicas do MS. Os resultados dessa iniciativa foram assinalados por Kemper, Mendonça e Souza (2016) ao registrarem que um dos fatores para o PMM ter uma cobertura qualificada é o cumprimento da carga horária.

Na Figura 1, se demonstra a distribuição, a cada mil habitantes por município da Paraíba, de médicos atuando na APS, segundo o ano analisado, a fim de visualizar a contribuição do PMM na redistribuição desses profissionais no estado.

Figura 1 – Distribuição de médico atuando na Atenção Primária à Saúde por mil habitantes, por município do Estado da Paraíba, em julho de 2013 e setembro de 2016.



Fonte: As autoras, com base nos dados da fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Conforme pode ser observado, em julho de 2013 (primeiro mapa) existiam 59 municípios sem médico, enquanto que, em setembro de 2016 (segundo mapa), o quantitativo de municípios sem médico é reduzido para 31 (diminuição de 52,5%). Pode-se verificar, também, o sucesso do PMM porque, embora a redução de municípios sem médicos tenha ocorrido em todo o estado, tal diminuição abrangeu, especialmente, as Mesorregiões do Sertão e da Borborema, atestando a interiorização desse profissional.

A Lei que instituiu o PMM tem como primeiro objetivo reduzir a carência de médicos nas áreas prioritárias para o SUS a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde. Dessa forma, os municípios priorizados para oferta de vagas foram aqueles com maior vulnerabilidade social e carência de cobertura pela Atenção Básica, além de grupos especiais, como população indígena e quilombola (Campos e Pereira Junior, 2016; Nogueira et al., 2016).

Segundo Pinto et al. (2017), todos os municípios que solicitaram vagas ao PMM no final de 2015, e que preenchiam os critérios de adesão, tiveram suas demandas atendidas de acordo com o MS. O edital de abertura de vagas para o Programa era lançado a cada três meses. Esta informação levanta a seguinte reflexão: se dos 31 municípios paraibanos apenas 9 não possuem população média que justifique alocar uma equipe de saúde da família, segundo as diretrizes da resolução da Coordenação Nacional do PMM, por que os 22 municípios restantes continuam sem médicos na APS? Aponta-se, como possíveis respostas: a ausência de solicitação para adesão ao Programa por parte da gestão municipal, ou, no momento do corte da pesquisa, os médicos desligados não haviam sido substituídos.

Vários autores têm indicado o impacto positivo do PMM na interiorização médica, considerando a histórica concentração dos médicos nas capitais e regiões cultural e economicamente mais atrativas, resultando na limitação da assistência em todo o Brasil (Matos et al., 2019; Nogueira et al., 2016; Scheffer et al., 2015). Kemper, Mendonça, Souza (2016), averiguando a interiorização da força de trabalho médica em todo o território nacional, apontam uma redução de 53,5% dos municípios com escassez desses profissionais entre 2013 e 2014. Redução semelhante (de 52,5%), conforme visto, ocorreu na Paraíba.

Tem-se também, na Figura 1, o total de médicos atuando na APS por mil habitantes, calculado para cada município paraibano (vide legenda), nos dois momentos estudados (Índice de Gini ou coeficiente de Gini). Esse índice, usualmente empregado para medir a desigualdade social, também pode ser aplicado para medir a desigualdade de um dado fator em uma determinada população (no presente estudo, a distribuição de médicos na APS em municípios da Paraíba).

Na Paraíba como um todo, os valores encontrados foram 0,478 (em julho de 2013) e 0,356 (em setembro de 2015). A redução desse Índice (razão entre médicos na APS/mil habitantes do conjunto de municípios da Paraíba) aponta melhor distribuição de médicos nesse estado.

Hara et al. (2017) relatam que o Índice de Gini é uma grandeza adimensional que varia de 'zero' a 'um', em que 'zero' representa uma igualdade perfeita e 'um' representa a desigualdade absoluta. Esse Índice vem sendo objeto de estudo para aferir concentração ou distribuição de médicos e serviços de saúde em diversos territórios e países.

Alguns autores (Ramandi et al., 2016; Hara et al., 2017) chegam a graduar esse índice numa escala de cinco níveis, a saber: valores menores que 0,2: 'total igualdade na distribuição'; entre 0,2 e 0,3: 'muita igualdade na distribuição'; entre 0,3 e 0,4: 'desigualdade na distribuição'; entre 0,4 e 0,6: 'grande desigualdade na distribuição'; já os valores maiores que 0,6 informam 'desigualdade completa'. Tomando-se por base essa classificação, o PMM na Paraíba promoveu melhora na distribuição de médicos por habitante, saindo do nível de 'grande desigualdade na distribuição' para 'desigualdade na distribuição'.

Conclusão

Este artigo apresentou elementos importantes para avançarmos na discussão sobre o provimento médico no Brasil. Por meio do estudo, foi possível caracterizar os médicos inseridos no PMM, demonstrando que, com a implantação do PMM na Paraíba, houve uma mudança não apenas no quantitativo de médicos, como também no número de postos de trabalho, na relação com as horas trabalhadas, na abrangência e magnitude do Programa, e na interiorização e redistribuição desses profissionais no referido estado. Essa situação contribuiu para o fortalecimento e a valorização do PMM e impactou de forma positiva na provisão médica do estado em análise.

Todavia, os resultados deste estudo apontam existir ainda 22 municípios paraibanos sem médico, 'desigualdade na distribuição', e que 85,3% dos médicos inseridos no PMM ainda não possuem título de especialista, denotando que as condições de acesso e a qualidade dos serviços prestados constituem ainda um grande desafio a ser superado e que novas pesquisas devem ser realizadas no sentido de elucidar essas questões.

Ressalta-se, ainda, ser fundamental o papel regulador do Estado na provisão de médicos, principalmente, nos serviços públicos de saúde em áreas desassistidas. Em tempos que a própria sobrevivência do SUS está sendo questionada, cabe refletir sobre as razões que exigiram a criação do PMM no que diz respeito tanto à melhora da qualidade na formação médica, quanto à provisão e fixação de médicos em áreas vulneráveis. Essas questões estão na ordem do dia e discuti-las é fundamental para que o país possa continuar a garantir o direito à saúde por meio de um sistema público, gratuito e universal.

Informações do Artigo

Contribuições dos autores

Revisão bibliográfica: MHAL, MVDS, ANLPB
Análise e interpretação dos dados MHAL, ALRV
Redação do manuscrito: MVDS, ANLPB, ASS, SRAO
Revisão crítica do artigo: ASS, ALRV, SRAO

Financiamento

Não houve.

Conflito de interesses

Não há.

Referências

BARBOSA, Allan C. Q. et al. Programa mais médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, United States, n. 42, 2018. Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e185/pt>>. Acesso em: 7 abr. 2019.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Indicador de Recursos* Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def>. Acesso em: 12 de set. 2017.

CAMPOS, Francisco E.; MACHADO, Maria H.; GIRARDI, Sábado N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p.13-24, 2009.

CAMPOS, Gastão W. S.; PEREIRA JUNIOR, Nilton. A atenção primária e o programa mais médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9,

p. 2.655-2.663, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902655&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2019.

CARVALHO, Viviane; K. S.; MARQUES, Carla P.; SILVA, Everton N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.773-2.784, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902773&lng=en>. Acesso em: 7 abr. 2019.

CRISP, Nigel; CHEN, Lincoln. Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, Massachusetts, v. 370, p. 950-957, 2014.

FRANCO, Cassiano M.; ALMEIDA, Patty F.; GIOVANELLA, Ligia. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 120, n. 43, p. 15-29, 2019. Disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/24/v.%2043%2C%20n.%20120>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

GIRARDI, Sábado N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.675-2.684, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&lng=pt>. Acesso em: 8 abr. 2019.

HARA, Koji et al. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. *BMJ Open*, London, 2017. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e013922>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

KEMPER, Elisandrea S.; MENDONÇA, Ana V. M.; SOUSA, Maria F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.785-2.796, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2018.

MACIEL, Regina H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 950-956, 2010.

MATOS, Lemões et al. Programa mais médicos na fronteira: gestão em saúde em cidades gêmeas entre Brasil e Uruguai. *Revista Uruguaya de Enfermería*, Montevideo, v. 14, n. 1, p. 38-48, 2019.

MENDONÇA, Fernanda F. et al. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.907-2.915, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902907&lng=pt>. Acesso em: 8 abr. 2019.

NOGUEIRA, Priscila T. A. et al. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2.889-2.898, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902889&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2019.

OLIVEIRA, Felipe P. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, supl. 1, e170949, 2019.

ONO, Tomoko; SCHOENSTEIN, Michael; BUCHAN, James. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Health Working Papers*, Paris, v. 69, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

PINTO, Héider A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do eixo provimento de 2013 a 2015. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 21, p. 1.087-1.101, 2017. Suplemento 1.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Mônica V. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1.555-1.564. 2006.

RAMANDI, Sajad D. et al. Trend of Inequality in the Distribution of Health Care Resources in Iran. *GMJ*, v. 5, n. 3, p. 122-130, 2016. Disponível em: <<http://www.gmj.ir/index.php/gmj/article/viewFile/618/pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

RODRIGUES, Elisa T. et al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 41, n. 4, p. 604-614, 2017.

SCHEFFER, Mário. Programa Mais Médicos: em busca de respostas satisfatórias. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu SP*, v. 19, p. 637-640, 2015.

SISTEMA DE INDICADORES DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE (SIGRAS). Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Bem vindo(a) ao SIGRAS. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php>>. Acesso em: 14 de nov. 2017.

SOUZA, Bárbara P. A.; ALBUQUERQUE, Paullette C. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 9, n. 4, p. 11-34, 2015. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1735/1470>>. Acesso em: 15 abr. 2019.