

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Distribuição geográfica dos vínculos empregatícios de Médicos de Família e
Comunidade no Brasil, 2004**

Maurício de Garcia Bolze

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Co-orientador: Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

Porto Alegre, setembro de 2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Distribuição geográfica dos vínculos empregatícios de Médicos de Família e
Comunidade no Brasil, 2004**

Maurício de Garcia Bolze

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Co-orientador: Prof. Dr. Paul Douglas Fisher

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Medicina: Epidemiologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2007

BANCA EXAMINADORA

Prof. Drs.

Airton T Stein – PPG Epidemiologia, UFRGS

Erno Harzheim – PPG Epidemiologia, UFRGS

Maria Ceci Araújo Misoczky – Programa de Pós-Graduação em Administração
– PPGA / UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha família,
em especial à minha esposa Simone
e à minha mãe Gilka,
maiores motivadoras para a conclusão
deste projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus
por tudo o que sou e o que tenho.

À minha família
pela paciência e compreensão.

Aos Profs. Ronaldo e Paul
por me apontarem o caminho e pela orientação.

Aos meus colegas de mestrado,
constante fonte de aprendizado e parceria
acadêmica e extra-classe ao longo do curso.

Aos colegas e mestres do Murialdo,
onde percebi a importância da Medicina de Família
e da Epidemiologia em minha vida.

Em especial ao Elson Farias e à Rosane Schlater
pelos retoques finais.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas	07
Resumo	09
Abstract	10
Lista de Tabelas	11
Lista de Figuras	12
1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	17
3.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
3.3 TRABALHO EM SAÚDE	29
4. OBJETIVOS	36
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
6. ARTIGO	39
7. ANEXOS	
A. Projeto de Pesquisa	50
B. Figuras	52

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS: Ações Integradas em Saúde

APS: Atenção Primária em Saúde

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EqSF: Equipes de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

MFC: Médico de Família e Comunidade

MGC: Medicina Geral Comunitária

NOB: Norma Operacional Básica

NOB-RH/SUS: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

PAB: Piso da Atenção Básica

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS: Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PROESF: Projeto de Expansão da Saúde da Família

PSF: Programa Saúde da Família

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de Saúde

RESUMO

Introdução: O Programa Saúde da Família (PSF) se constitui, desde a sua implantação em 1994, na principal estratégia para a reestruturação da Atenção Básica em Saúde no Brasil. A atuação do Médico de Família e Comunidade (MFC) nesse contexto é fundamental para o sucesso do programa.

Objetivo: Este estudo descreve a distribuição geográfica dos vínculos de trabalho em MFC no Brasil, presentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, e sua relação com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, coeficiente de mortalidade infantil, anos de estudo, PIB e rendimento mensal em 2004.

Método: Estudo ecológico, com apreensão geográfica dos indicadores em relação às microrregiões brasileiras.

Resultados: Os coeficientes de correlação entre os vínculos de trabalho e o coeficiente de mortalidade infantil, o IDH e o PIB foram 0,17 , 0,18 e 0,74 , respectivamente. Apesar de estarem presentes na quase totalidade das microrregiões, em menos de 12% delas havia 3 ou mais vínculos descritos, conforme preconiza o PSF.

Conclusão: Após 10 anos de implantação da Estratégia de Saúde na Família no Brasil, a distribuição dos vínculos em MFC ainda era irregular e, na maioria das microrregiões, insuficiente.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Gestão em Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Atenção Primária a Saúde. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Background: Since its inception in 1994, the Family Health Program (PSF) has been the principal strategy for restructuring primary health care in Brazil. In this context, the professional activity of existing family physicians in the community has been essential to the program's success.

Objective: This work describes the geographical distribution of family physicians in Brazil, based on employment contracts enumerated in the National Registry of Health Institutions, in relation to Infant Mortality Rate, Human Development Rate, average number of years of education, GDP and *per capita* monthly wage in 2004.

Method: Ecological study, presenting the variables geographically, by micro-region.

Findings: Correlation coefficients between number of family physicians and Infant Mortality Rate, Human Development Index and GDP were, respectively: 0.17, 0.18 e 0.74. Although present in almost all micro-regions, less than 12% of them had 3 or more family physicians, according to PSF standards.

Interpretation: A decade into the Family Health Plan in Brazil, the distribution of family physicians remained irregular and, in most micro-regions, insufficient.

Key words: Epidemiology. Health management. Health human resources. Primary health care. Health policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características das variáveis estudadas, por microrregião	43
Tabela 2: Coeficientes de correlação entre os indicadores utilizados.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Densidade de vínculos em Medicina de Família e Comunidade (MFC) por microrregião do Brasil, 2004.....	44
Figura 2: Correlação entre o PIB e o número de vínculos em MFC, 2004.....	46
Figura 3: Correlação entre a população residente e o número total de vínculos médicos por região do Brasil, 2004	52
Figura 4: Correlação entre a população residente e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004	53
Figura 5: Correlação entre o número total de vínculos médicos e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004	54
Figura 6: Correlação entre a densidade de vínculos médicos totais e a densidade de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004.....	55
Figura 7: Correlação entre o Coeficiente de Mortalidade Infantil e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004	56
Figura 8: Correlação entre a renda média e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004	57
Figura 9: Correlação entre o IDH e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004	58

Figura 10: Correlação entre o número de anos estudados e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004	59
Figura 11: Distribuição da população residente nas microrregiões do Brasil, 2004.....	60
Figura 12: Distribuição da densidade de vínculos médicos totais nas microrregiões do Brasil, 2004	61
Figura 13: Distribuição dos vínculos em MFC nas microrregiões do Brasil, 2004.....	62
Figura 14: Distribuição da proporção entre vínculos em MFC e total de vínculos médicos nas microrregiões do Brasil, 2004	63
Figura 15: IDH das microrregiões do Brasil, 2004	64
Figura 16: Anos de estudo nas microrregiões do Brasil, 2004	65
Figura 17: Coeficiente de Mortalidade Infantil nas microrregiões do Brasil, 2004.....	66
Figura 18: PIB nas microrregiões do Brasil, 2004	67
Figura 19: Renda média nas microrregiões do Brasil, 2004	68

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Distribuição geográfica dos vínculos empregatícios de Médicos de Família e Comunidade no Brasil, 2004”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em julho de 2007. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;
2. Artigo;
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

Historicamente, os grandes centros urbanos sempre concentraram a maior parte dos médicos no Brasil. Além de serem os locais principais de formação acadêmica, as melhores oportunidades de emprego e maiores possibilidades quanto à educação continuada e progressão profissional faziam com que poucos médicos afastassem-se das metrópoles.

Uma das conseqüências dessa distribuição irregular era a desassistência de regiões que apresentam resultados inferiores aos da média nacional nos indicadores de saúde.

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com seu princípio da universalidade, e, principalmente, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram criados incentivos para a mudança desse quadro.

As oportunidades de emprego para Médicos de Família e Comunidade, uma especialidade da qual apenas os mais idosos lembravam, voltaram a aparecer; e, na maioria das vezes, financeiramente mais vantajosas se comparadas a outras áreas médicas. Por estímulo de políticas públicas, estas vagas têm sido mais freqüentes nos municípios com menor população.

Para o melhor entendimento desse processo, será apresentado um breve histórico da evolução da saúde no Brasil até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), da

caracterização da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua implantação, além de uma visão sobre o trabalho em saúde no Brasil, focado no trabalho médico.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Serão aqui desenvolvidos alguns conteúdos fundamentais para a melhor interpretação dos dados apresentados posteriormente.

O texto inicia com um breve histórico do desenvolvimento dos sistemas de saúde no Brasil, culminando na implantação do SUS. A seguir discorre-se sobre o Programa Saúde da Família (PSF) e o papel do Médico de Família nesse programa. Por fim, será abordado o panorama atual do trabalho em saúde no Brasil .

2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo um dos únicos a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população (Souza, 2002). Foi implantado a partir do final da década de 1980, tendo sido precedido neste século por outras propostas, como o sanitarismo campanhista e o modelo médico-assistencial privatista (Mendes, 1996).

O sanitarismo campanhista, iniciado no começo do século XX e que durou até 1965, pretendia, basicamente, resolver os problemas de saúde por meio de ações de inspiração

militarista e de combate às doenças de massa, com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individual e social (Mendes, 1996).

Na década de 60, o processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou determinou um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de redução progressiva das ações campanhistas, o que acabou por levar à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencialista privatista. Em 1975, foi promulgada a Lei 6.229, que separou as ações de saúde pública das de atenção à saúde das pessoas e, em 1977, surgiu a organização-símbolo desse modelo, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS (Mendes, 1996).

O modelo médico-assistencial privatista compunha-se de três subsistemas: estatal, hegemônico e de atenção médica supletiva. O primeiro (composto pelos Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) desenvolvia uma medicina simplificada para dar cobertura às populações não-integradas economicamente, com ações remanescentes do sanitarismo e constituía-se na base do modelo. O segundo, o hegemônico, era de cunho privado, contratado/conveniado (terceirização da atenção médica) com a Previdência Social e que cobria os beneficiários a ela vinculados. O terceiro subsistema era o da atenção médica supletiva que era composto pelos primeiros seguros-saúde e planos de medicina de grupo. Contudo, na década de 70, esse subsistema não chegou a atingir uma massa significativa de beneficiários (Mendes, 1996).

O esgotamento desse modelo e a emergência do SUS fazem parte de um processo no qual dois importantes fatores merecem destaque:

(1) as sucessivas mudanças na política de saúde postas em prática pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pela introdução do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), já no contexto da democratização e do processo de reforma sanitária;

(2) o processo de territorialização das políticas públicas, impulsionado pelo movimento

de urbanização típica dos anos 1970 que induziu os municípios a assumir, de forma aleatória, uma série de responsabilidades e atribuições no campo das políticas sociais e, especificamente da saúde, cuja face política foi o movimento municipalista forte (Viana et al., 2002).

Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante daquela década, a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico e vitorioso para o qual confluíram todo o movimento iniciado desde o início dos anos 70. Suas recomendações de universalização, equidade e democratização, assim como de grandes questões organizativas do sistema de saúde consubstanciaram-se nas propostas de origem do SUS. Também contemplou questões relativas aos trabalhadores em saúde, com destaque para remuneração condigna, isonomia salarial, admissão por concurso público, estabilidade no emprego, incentivo à dedicação exclusiva e direito à sindicalização e à greve, ao lado da urgência na adequação da formação profissional às necessidades colocadas pela realidade (Brasil, 2005).

O conceito de saúde na Constituição de 1988 é então definido como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado e como parte da seguridade social cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Estava criado o SUS, regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Mendes, 1996).

O SUS começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários. Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS (Souza,

2002).

Na década de 1990, o governo federal edita sucessivas NOBs a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (Viana et al., 2002). Em particular, a estratégia da atenção primária à saúde pretende reorganizar todos os níveis de atenção, alcançar todos os recursos do sistema, incluir todas as instituições estatais e privadas e atingir toda a população, em movimento que objetiva reordenar todo o sistema de saúde do país (Mendes, 1996).

Ao analisar-se as NOBs dos anos 1990 em conjunto, percebe-se que formam uma seqüência, visto que cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento (Viana et al., 2002). Esse processo foi chamado de “reforma da reforma” ou “processo de reforma incremental do SUS” (Dal Poz, 2002).

O esforço para consolidar a descentralização do sistema de saúde, pautada pela necessidade de compensar as diferenças locais, de configuração menos heterogênea, orientou a formulação e a introdução de alguns instrumentos-chave, incluídos nas NOBs do SUS, entre os quais:

(1) a criação e a ampliação das funções dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB);

(2) as transferências automáticas *per capita* – Piso da Atenção Básica (PAB) – fixo e

variável;

(3) os requisitos e incentivos ao desenvolvimento e à assunção de capacidades gestoras (aprendizado institucional) vinculados ao processo de habilitação e cujas modalidades estão previstas nas NOBs 93 e 96 para municípios e estados (Viana et al., 2002).

O PAB de cada município é calculado tendo por base um valor *per capita* e é transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. A forma anterior de financiamento por prestação de serviços é alterada, passando para uma lógica de transferência de recursos em função do compromisso do município em assumir a responsabilidade pela Atenção Básica. Vale destacar que enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor *per capita*, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de Saúde da Família e de Saúde Bucal, além de ações estratégicas tais como Compensação de Especificidades Regionais, Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário (Brasil, 2006; Souza, 2002).

No que diz respeito à organização da assistência, se enfatiza a importância de qualificar e melhorar a resolubilidade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). Complementarmente, os gestores estaduais e municipais podem definir outras áreas estratégicas, de acordo com as especificidades locais (Souza, 2002).

A implementação dessa proposta diferenciada de atenção básica, que vem orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS, teve início em 1994 com a operacionalização do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando a experiência anterior do PACS (Marques & Mendes, 2002). Atuando de forma simultânea com o modelo de prestação de serviços e ações

de saúde (modelo assistencial), com a organização do sistema e com as modalidades de designação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde, o PSF tem provocado profundas alterações na condução e na operação da política de saúde do Brasil nos diferentes níveis de governo, além de modificar os padrões de consumo dos serviços de saúde e reorientar a demanda nos locais onde se encontra implantado (Dal Poz, 2002).

Ainda no início da década de 1990, a condição sanitária era extremamente precária em grande parte dos municípios (80% com população inferior a 10 mil habitantes) de maneira que sua população não era coberta pelo SUS. Levando isso em conta, quando o Ministério da Saúde escolheu o PSF como porta de entrada no sistema, entendeu ser essa a melhor estratégia para garantir a universalização de, pelo menos, a Atenção Básica (Marques & Mendes, 2002).

2.2 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:

O Programa Saúde da Família constitui uma estratégia para a organização e fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Busca a reorganização do modelo de atenção à saúde pela ampliação do acesso e pela qualificação das ações da Atenção Básica, construídas com base na reorientação das práticas dos profissionais de saúde, centrando-as no modelo de Promoção da Saúde (Brasil, 2004b).

Em setembro de 1994, o Ministério da Saúde instituiu a Saúde da Família como um programa (Viana & Dal Poz, 2005). Mas este só ganhou evidência significativa com a aprovação da portaria do MS (1996) denominada NOB 96. Dentre seu objetivo central de estimular o processo de descentralização/municipalização da saúde, essa Norma enfatiza a implantação do PSF, explicando ser ele parte de um conjunto de medidas e iniciativas que

visam o fortalecimento da Atenção Básica, segundo os princípios e diretrizes do SUS. Ainda segundo a NOB 96, esse programa é implantado quando os municípios, responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, aderem voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, seja na condição de gestão “Plena da Atenção Básica” – responsabilizando-se pelos serviços de atenção básica (clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia) ou “Plena do Sistema Municipal de Saúde” – responsabilizando-se por todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de atenção de média e alta complexidade da saúde (Marques & Mendes, 2003).

A partir de 1997, o PSF tornou-se uma política prioritária com apoio financeiro do Ministério da Saúde para estimular os municípios a implantar o programa. Como critério de seleção para as áreas de risco foi utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (Barboza & Fracolli, 2005; Viana & Dal Poz, 2005). Em 1998, teve início a fase de rápida expansão do PSF, principalmente nos municípios pequenos e mais pobres, do interior, menos povoados, e distantes das áreas metropolitanas (Brasil, 2004b).

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de EqSF registrados no cadastro de equipes e profissionais do SIAB. O Pacto Nacional de Atenção Básica estabelece duas modalidades de financiamento para as EqSF, valendo-se do IDH do município, do número de habitantes, da implantação do Program de Interiorização do Trabalho em Saúde e da remanescente de quilombos ou assentamentos para categorização dos municípios (Brasil, 2006).

O PSF tem como diretrizes operacionais os princípios de:

(a) caráter substitutivo – alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde;

(b) integralidade e hierarquização – adoção da Unidade de Saúde da Família como

primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;

(c) territorialização e adscrição da clientela – incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida;

(d) equipe multiprofissional – composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Cada profissional da equipe deve desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto da contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento. Os integrantes das equipes devem ser capazes de conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações (Silva & Trad, 2005).

Saliente-se que o MFC tem papel fundamental nessa equipe, pois propicia que até 85% dos problemas de saúde da população acompanhada sejam solucionados (Brasil, 2002).

“Os médicos de família são médicos especialistas treinados nos princípios da sua Disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes” (WONCA, 2002).

A maior parte dos trabalhos publicados atualmente nos periódicos científicos brasileiros em relação à APS relatam as experiências do trabalho das EqSF (Gil, 2006). Então, conforme Harzeim (2004), pesquisas que caracterizem melhor as relações de processo e efetividade na APS têm relevância internacional.

O estabelecimento da carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na idéia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre esta e a população, e para melhor desenvolvimento do

processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial (Brasil, 2004a).

A Saúde da Família não se trata de, simplesmente, desenhar um sistema de adstrição de famílias a uma equipe médica que, mais proximamente, as atenderá na mesma lógica medicalizadora. Como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema, centros de saúde em que uma equipe, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde (Mendes, 1996; Ribeiro et al., 2004).

É perceptível que um dos aspectos positivos no PSF é seu potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças (Barboza & Fracolli, 2005; Marques & Mendes, 2002).

O Programa Saúde da Família, atualmente, propicia acesso às ações e serviços de saúde a populações interioranas, residentes em áreas pobres, até então com infra-estrutura de serviços inexistente ou extremamente precária, constituindo um avanço nas condições de saúde e cuidado destas povoações (Brasil, 2004b).

Como forma de minorar estas desigualdades, a operacionalização de todas as ações relativas à atenção básica tem se concentrado no processo de expansão da estratégia Programa Saúde da Família, incentivada pelo Ministério da Saúde (Marques & Mendes, 2002).

Neste sentido, um primeiro mapeamento da estratégia ocorreu através de um estudo de caráter censitário, que buscou caracterizar o processo de implantação das equipes do PSF no Brasil (Brasil, 2004a). Algumas conclusões desse levantamento:

- 37,7% das equipes de saúde da família com menos de um ano de funcionamento, o que demonstra que o Programa Saúde da Família encontrava-se ainda em fase de implantação;
- Mais de 90% das equipes contavam com os profissionais da composição mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde e 5,5% das equipes funcionava sem a presença do médico;
- Apenas 8,1% das equipes contavam com o mesmo médico há mais de 2 anos, enquanto que em mais de 60% esse estava trabalhando há menos de 6 meses;
- A expressiva maioria de profissionais era contratada com carga horária de 40 horas. No entanto, as cargas horárias efetivamente cumpridas foram sistematicamente inferiores às contratadas, especialmente para os médicos (<60% cumpriam) e cirurgiões-dentistas;
- Entre 20% e 30% de todos os profissionais das equipes de saúde tinham vínculos trabalhistas precários: quais sejam: contratos temporários, pagamento por prestação de serviço ou outras modalidades informais.

Anteriormente, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) realizara um estudo sobre o perfil dos médicos do PSF no Brasil com dados referentes a 1999. Na época, mais de 80% dos médicos residiam nas regiões Nordeste ou Sudeste, menos de 40% tinham residência médica – e desses, menos de 15% em Medicina Comunitária (denominação da época para Medicina de Família e Comunidade) –, e mais de 40% trabalhava por contrato temporário e/ou há menos de um ano naquela unidade (Machado & Pereira, 2002).

Em 2004, eram quase 19.200 equipes de PSF, acompanhando mais de 60 milhões de pessoas, distribuídas principalmente em municípios pequenos do interior dos estados (Brasil, 2004c).

O desafio até o ano de 2004 era ampliar e aprofundar a Estratégia Saúde da Família nas regiões metropolitanas do país, com alta densidade populacional mas cujos territórios abrigam áreas com alta concentração de estabelecimentos de saúde, ao lado de ‘desertos sanitários’; pela ausência de equipamentos de saúde (Brasil, 2004b). No município de São Paulo, por exemplo, a implantação inicial das equipes priorizou as regiões mais carentes. O critério de

números de Equipes de Saúde da Família (EqSF), dos Distritos de Saúde envolvidos, teve como base o mapa de exclusão social do município. Assim, pôde-se construir um verdadeiro círculo em torno da cidade, que compreende os distritos situados em toda a periferia de São Paulo (São Paulo, 2002).

Com a finalidade de estimular os municípios com mais de cem mil habitantes a difundir a Saúde da Família, o Ministério da Saúde instituiu o Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF). O PROESF, atualmente em sua segunda fase, estabelece uma série de compromissos e metas a serem cumpridas pelos municípios, em contrapartida ao financiamento federal, durante o período de cinco anos (Brasil, 2004b).

Na esteira do governo federal, também as Secretarias de Estado da Saúde (SES) têm incentivado a implantação do PSF nos últimos anos, uma vez que esse programa se constitui a principal estratégia para o fortalecimento do nível de atenção básica, assumida pelo SUS como sua porta de entrada (Marques & Mendes, 2003).

Já no final da década de noventa, dez secretarias estaduais de saúde – Mato Grosso do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Amapá, Tocantins, Paraná, Espírito Santo, Minas Gerais, Sergipe e Ceará – proporcionam incentivos financeiros para a implantação do PSF, ainda que empregando diferentes critérios de repasses. Algumas dessas secretarias alocam recursos somente aos municípios mais pobres (rurais; com baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH; comunidades assentadas e quilombadas) e outras buscam atrelar os repasses à expansão da cobertura de saúde da população através da criação de equipes de saúde da família para todos os municípios (Marques & Mendes, 2003).

Entre os incentivos utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso (SES/MT), por exemplo, particularmente com relação ao PSF, a política de incentivo, além de propiciar recursos financeiros para a contratação de equipes de saúde da família, prevê valores adicionais (até 100% sobre o valor a ser repassado) caso os municípios consigam atingir os

níveis de cobertura estabelecidos pela SES/MT. Para serem contemplados com o novo incentivo financeiro ao PSF/PACS os municípios precisam alcançar uma cobertura populacional conforme os seguintes critérios:

a) os municípios com população igual ou superior a 30 mil habitantes precisam atender, pelo menos, 50% da população;

b) os municípios com população entre 10 e 30 mil habitantes devem atingir uma cobertura populacional de, pelo menos, 60%;

c) municípios com população inferior a 10 mil habitantes terão de atender pelo menos 70% de sua população (Marques & Mendes, 2003).

A experiência gaúcha de alocação de recursos do governo do Estado aos municípios pode servir de inspiração. Isso porque, identificou-se, em grande parte dos municípios, até 2002, um modelo de atenção inadequado, pouco resolutivo, centrado na doença e com baixa cobertura do PSF. Nesta lógica, o Governo Estadual estabeleceu o PSF como prioridade na área da saúde, definindo-o como eixo estruturador para o desenvolvimento de suas ações, por entender que representa uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, passando a denominá-lo de Saúde para Todos (Souza, et al., 2003).

As regras de distribuição dos incentivos sejam do governo federal e/ou dos governos estaduais, induziram à implantação de centenas de novas equipes municipais, muitas vezes sem a menor possibilidade de serem mantidas sem esses repasses. Para se ter uma idéia desse crescimento, segundo o Ministério da Saúde, o número de equipes de saúde da família aumentou de 328, em 1994, para 10.788 em 2001. Nesse ano, o PSF estava presente em 4.266 municípios. (Marques & Mendes, 2003).

Na segunda metade da década de 1990, é significativa a importância estratégica da Atenção Básica e do PSF na política de saúde implementada pelo governo federal. Entre 1998 e 2001, os repasses efetuados a este nível de atenção cresceram 86,39%, passando de R\$

2,027 bilhões em dezembro de 1998 (15,68% do total dos recursos federais do SUS) para R\$ 3,778 bilhões em dezembro de 2001 (25,06%). Essa prioridade foi, inclusive, incorporada à Constituição Federal de 1988 sendo definido que a União deve aplicar, pelo menos, quinze por cento de seus recursos nos municípios, segundo o critério populacional e em ações e serviços básicos de saúde, segundo a Emenda Constitucional 29, artigo 7º, § 2º (Marques & Mendes, 2003).

Embora conte com recursos federais e estaduais, o PSF é financiado largamente pelos recursos próprios municipais. Contudo, essa fonte de recursos tem se configurado de maneira problemática a partir da segunda metade da década de 1990. Isso porque, de um lado, a crise das finanças dos municípios dificulta o gasto com saúde e, de outro, há as limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal, incluindo os do PSF (Marques & Mendes, 2003).

2.3 TRABALHO EM SAÚDE:

O atual estágio do processo de consolidação do SUS é bastante favorável à viabilização das Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pois o desafio contínuo de garantir ações e serviços de saúde de qualidade à população foi orientado por três grandes movimentos relativos ao trabalho e aos trabalhadores de saúde:

1º Movimento: o processo de reorganização das funções dos diferentes âmbitos de gestão do SUS, seguindo a legislação e impulsionado pela NOB/96, redefiniu o papel das Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a assumir, cada vez mais, as funções reguladoras e de cooperação técnica e financeira, deslocando a função executora de prestação de serviços e de promoção da saúde para os municípios, exigindo quadros dirigentes com capacidades gerenciais e de

assessoramento técnico distintas de quando cumpriam papel executor das ações assistenciais;

2º Movimento: complementando o anterior, foi desencadeado um processo de regionalização pactuada, para garantir universalidade de acesso às ações e serviços de saúde, viabilizando a equidade e a integralidade no atendimento à população e não apenas a transferência de responsabilidades para a esfera municipal, alterando, sobremaneira, o perfil requerido aos trabalhadores e desafiando à construção de ações solidárias tanto em rede de serviços como entre trabalhadores;

3º Movimento: na implementação da Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Básica à Saúde, valorizou-se a ligação e o compromisso entre as equipes de trabalhadores e os indivíduos e populações sob cuidado, estabelecendo-se uma importante mutação no trabalho para uma ação pró-ativa e interdisciplinar nos cuidados de saúde e que passasse a levar em conta não apenas os adoecimentos, mas as necessidades em saúde (Brasil, 2005).

Considerando que a saúde da família está efetivamente incorporada à atenção básica e que deixou para trás o rótulo de programa vertical tendo, hoje, um papel potencial de eixo norteador da organização dos sistemas municipais de saúde (haja vista que a saúde da família não foi descartada no processo de sucessão presidencial de 2002) e que sua expansão tem sido contínua, com medidas, inclusive, de ampliação específica aos municípios com mais de 100 mil habitantes – o já comentado PROESF –, é de fundamental importância o investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes (Gil, 2005).

Se, por um lado, avanços na descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde podem ser apontados, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade, por outro, a fragmentação dos processos de trabalho instabilizam as relações entre os diferentes profissionais da saúde, entre estes e os usuários, o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva das práticas do cuidado, fragilizando-o (Brasil, 2004b).

Nesse programa, os recursos humanos comumente não são contratados como funcionários públicos, mas podem sê-lo por associações da comunidade. Ao mesmo tempo, os

profissionais podem ser remunerados por uma combinação de formas (per capita, procedimentos e produtividade), isto é, pagos por captação mais desempenho (Viana e Dal Poz, 2005).

É importante ter-se claro que o problema decorrente da fragilidade dos vínculos empregatícios das equipes tem influência direta nesta questão, pois dar mais estabilidade aos profissionais pode significar aumentar a possibilidade de acúmulo de conhecimentos e habilidades que permitam tornar mais consistentes e duradouras também as propostas de formação destes e dos futuros profissionais de saúde da família (Gil, 2005).

No entanto, na perspectiva da consolidação do SUS, é importante manter o foco nos avanços já obtidos, e um fato a se considerar é que ele tem possibilitado ampliar o mercado de trabalho dos profissionais de saúde num movimento crescente desde a década de 80. Neste contexto, cabe reconhecer que a saúde da família tem contribuído, em boa medida, para estes resultados, afinal são médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, odontólogos, assistentes de consultórios e técnicos em higiene dental que têm sido absorvidos pelos sistemas municipais de saúde (Gil, 2005).

Hoje, em sua maioria, o trabalho em saúde é coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal. Algumas categorias profissionais executam o seu trabalho aplicando características da divisão parcelar do trabalho, como, por exemplo, a enfermagem e a farmácia-bioquímica, nas quais se encontra a fragmentação de tarefas sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior (Ribeiro et al., 2004).

Também ocorrem dificuldades entre a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização. No primeiro caso, haveria o risco da transformação das profissões

e dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, perdendo, na prática, a especificidade. De outro lado, a especialidade encarregada de uma parte da intervenção não poderia ser responsabilizada pelo resultado global do tratamento. Os resultados desse modelo, baseado na especialidade e na diminuição crescente da capacidade de cada profissional resolver problemas, têm sido tratamentos cada vez mais longos, envolvendo inúmeros especialistas, com custos crescentes, com mais sofrimento e restrições impostas aos clientes e uma perda da visão integral do sujeito que necessita de cuidados em saúde (Ribeiro et al., 2004).

A indicação da retomada de generalistas e da constituição de equipes multiprofissionais tem sido recomendada, colocando-se sobre estas conformações inúmeras expectativas (Ribeiro et al., 2004). Entretanto, tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (Gil, 2005).

Os primeiros programas de Residência Médica em Saúde da Família iniciaram em 1976 (na época, ainda denominada Medicina Geral Comunitária), mas foram reconhecidos pelo Ministério da Educação apenas em 1981. Durante a década de 90, houve um aumento do número de programas de residência médica em MGC, pressionado principalmente pelos municípios que precisavam de profissionais para o PSF. A mudança de nomenclatura para MFC ocorreu em 2002 (Farias, et al., 2004).

Mesmo assim, a situação em relação aos médicos e enfermeiros da Saúde da Família é preocupante uma vez que os dados ainda mostravam pouca qualificação desses profissionais, com cerca de 70% dos médicos e enfermeiros que atuavam no programa sem nenhuma formação de pós-graduação (Gil, 2005).

Em alguns municípios, especialmente os de médio porte, têm ocorrido situações onde os

salários e as condições de trabalho têm melhorado significativamente, ocorrendo, até mesmo, disputas pelos melhores profissionais entre prefeituras do interior. Neste caso, os postos de trabalho oferecidos, muitas vezes, não apresentam relação contratual definitiva e estão fora do âmbito do regime jurídico único, garantindo flexibilidade às prefeituras de dispensar o profissional caso haja necessidade (Médici, 1993). Esta situação compromete a continuidade do PSF, e, principalmente, a relação com a comunidade no que se refere, por exemplo, a sua credibilidade e a da Secretaria Municipal de Saúde que o adota (Machado & Pereira, 2002).

O Brasil é um país que ainda convive com grande heterogeneidade nas relações de trabalho e produção. Ao lado do avanço das relações flexíveis de trabalho, encontram-se formas de produção onde o assalariamento clássico ainda é uma novidade. Isso faz com que convivam em nosso país uma multiplicidade de realidades com tempos que avançam com intensidades distintas, aumentando ainda mais a diversidade das condições de trabalho (Médici, 1993).

Durante a II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde em 1993, foram elaboradas propostas para a organização da gestão do trabalho: ingresso por concurso público; elaboração de planos de cargos, carreira e salários (PCCS), entre outras (Brasil, 2005).

A X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, consolidou as propostas relativas aos trabalhadores, oriunda das conferências anteriores, propondo uma NOB referente à gestão do trabalho no SUS, por considerar que esse instrumento de gestão vinha sendo utilizado para efetivar a implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do sistema (Brasil, 2005).

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) consolida os principais pontos da legislação vigente para a gestão pública do trabalho, normatiza a sua aplicação e sugere mecanismos reguladores da relação dos gestores com os prestadores de serviço de saúde, com respeito às suas responsabilidades nas relações entre

gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e prestadores e dos pactos intergestores (Brasil, 2005).

A política nacional aprovada pela 12ª Conferência Nacional de Saúde está orientada para garantir uma gestão de qualidade e para, finalmente, implementar a NOB-RH/SUS. Essa política contém as seguintes propostas, entre outras (Brasil, 2005):

- I. Satisfação com o trabalho e fixação dos profissionais em áreas prioritárias, com queda efetiva da rotatividade;
- II. Reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos trabalhadores no desenvolvimento e consolidação do SUS;
- III. Reconhecimento da responsabilidade social do trabalhador e do setor da saúde, que exige formação especializada e intensiva;
- IV. Realização de concurso público e implantação de PCCS;
- V. Valorização, nos PCCS do SUS, dos perfis profissionais generalistas e das práticas interdisciplinares no trabalho em equipe, por meio de adicionais de desempenho e resultados alcançados na saúde da população.

O trabalho em saúde sempre tem sido caracterizado por sua assistemática e pela inviabilidade de realizar registros estatísticos do processo de trabalho que permitam melhorar os métodos de avaliação e controle dos serviços. No entanto, o desenvolvimento de campos de conhecimento como a bioestatística, a epidemiologia e a economia da saúde permitem criar bases de dados capazes de auxiliar a gerência, o controle, a padronização e o aprimoramento dos métodos de produção em saúde (Médici, 1993).

Uma dessas bases é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esse banco de dados mantido pelo Ministério da Saúde, é alimentado pelos próprios gestores locais (municípios) e pelos prestadores de serviço, caso principalmente dos serviços de saúde suplementar. Nele são registrados todos os vínculos de trabalho de profissionais da área da saúde de acordo com o estabelecimento de saúde onde ele é executado. O acesso a essas informações pode ser feito através da Internet (www.cnes.gov.br) e é de domínio público, ou seja, os dados podem ser consultados por qualquer indivíduo.

Com o intuito de ser mais um instrumento epidemiológico a auxiliar em futuras tomadas de decisão, esta dissertação tem por objetivo descrever a inserção dos postos de trabalho em Medicina de Família e Comunidade no Brasil, correlacionando-os com indicadores sócio-demográficos.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever a distribuição dos vínculos empregatícios em Medicina de Família e Comunidade no Brasil no ano de 2004.

Objetivos Específicos

Correlacionar a distribuição geográfica dos vínculos empregatícios com indicadores sócio-demográficos do Brasil, entre os quais: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e porte populacional das microrregiões brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barboza, T. A.; Fracolli, L. A. *A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família*. Cad Saude Publica 21(4): 1036-44, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. *O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil*. Brasília: 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: 2004a.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. *Cadernos Metropolitanos: Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro vol II: 2º Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios*. Brasília: 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Informe da Atenção Básica 21*. 1-2. Brasília: 2004c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Trabalhadores da Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, Gestão, Formação e Participação*. Brasília: 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: 2006.

- Dal Poz, M. R. *Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil*. Gac Sanit 16(1): 82-8, 2002.
- Farias, E. R. et al. *Os egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000*. Boletim da Saúde 18(1): jan/jun, 2004.
- Gil, C. R. R. *Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas*. Cad. Saúde Pública 21(2): 490-498, 2005.
- Gil, C. R. R. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.
- Harzheim, E. *Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil*. Alicante: Universidad de Alicante, 2004. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública), Departamento de Salud Publica, 2004.
- Machado, M. H.; Pereira, S. *Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil*. Gac Sanit 16(1): 89-93, 2002.
- Marques, R. M.; Mendes, A. *A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?* Cad Saude Publica 18 Suppl: 163-71, 2002.
- Marques, R. M.; Mendes, A. *Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?* Ciência & Saúde Coletiva 8(2): 403-415, 2003.
- Médici, A. C. *Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Desafios para os anos Noventa*. in II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília: s.n. Cadernos RH Saúde, 1993.
- Mendes, E. V. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.
- Ribeiro, E. M. et al. *A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família*. Cad Saude Publica 20(2): 438-46, 2004.
- SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. *O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.
- São Paulo. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. *Implantando o Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*. São Paulo: 2002.
- Souza, D. S. et al. *O desenvolvimento da estratégia de saúde da família no Rio Grande do Sul 2003*. Boletim da Saúde. Porto Alegre, volume 17, n. 2, Jul./Dez. 2003.
- Souza, R. R. *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Brasília: 2002.
- Viana, A. L., et al. *Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil*. Cad Saude Publica 18 Suppl: 139-51, 2002.

Viana, A. L. D.; Dal Poz, M. R. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.

Wonca Europa. *A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral / medicina familiar)*. Barcelona, Espanha. 2002.

Distribuição geográfica dos vínculos empregatícios de Médicos de Família e Comunidade no Brasil, 2004

Geographic distribution of family and community physicians in Brazil in 2004

Maurício de Garcia Bolze; Paul Douglas Fisher; Maria Ceci Araujo Misoczky; Ronaldo Bordin.

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

[Endereço para correspondência](#)

Rua Ramiro Barcelos, 1876/302. Bairro Rio Branco. CEP 90035-002, Porto Alegre, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, além de ser um dos únicos a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população (Souza, 2002). Apresenta como diretrizes constitucionais a universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde; é operacionalizado via um sistema regionalizado, hierarquizado, descentralizado e sob controle social. Seu arcabouço jurídico encontra-se na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990. Sua estruturação alterou o modelo de atenção até então vigente, possibilitando uma priorização das ações de promoção e prevenção, mantidas as ações curativas e de recuperação.

Passadas quase duas décadas de sua criação, o SUS orientou grandes movimentos relativos ao trabalho em saúde. Inicialmente deu-se o deslocamento das funções executoras para o âmbito municipal, cabendo às esferas superiores o papel de regulamentação e orientação técnica e financeira, almejando alcançar maior extensão da cobertura dos serviços de saúde. Complementar a esse momento foi necessária uma mudança no perfil requerido aos trabalhadores para viabilizar a execução das diretrizes do SUS de forma plena.

As experiências internacionais – Inglaterra e Canadá, por exemplo - mostram que quando o Sistema de Saúde de um país é focado na Atenção Primária em Saúde (APS) se conseguem melhores resultados e maior equidade em saúde, com menores custos e maior satisfação dos usuários (Starfield, 2005). No Brasil, a reorganização da APS se deu através da implantação a partir de 1994 da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2004b). A ESF altera as práticas convencionais da assistência, baseando-se na vigilância à saúde, na territorialização/adscrição da clientela, na atenção integral à saúde e no trabalho multiprofissional, quando não mais o médico é o único responsável pelos pacientes (Brasil, 2002).

A implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil se deu, prioritariamente, em áreas de risco, segundo o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (Viana & Dal Poz, 2005). Segundo estudos da primeira metade da década (Brasil, 2004a), as equipes de Saúde da Família estavam localizadas principalmente nas zonas interioranas e junto às áreas mais pobres, regiões até então praticamente sem acesso aos serviços de saúde. Neste contexto, uma das metas do Ministério da Saúde era ampliar a ESF nas regiões metropolitanas (Brasil, 2004b).

A maioria desses estudos tem como unidade de pesquisa a equipe de Saúde da Família (Brasil, 2004c; São Paulo, 2002), sendo poucos os especificamente relacionados ao Médico de Família e Comunidade (MFC) ou generalista, integrante da equipe mínima definida para a Saúde da Família (Brasil, 2004a; Machado & Pereira, 2002).

Considerando como chave o papel desempenhado pelo MFC dentro da política da ESF e a importância da adequada alocação desses profissionais para garantir seu acesso à população (Starfield, 2005), este estudo objetiva descrever a distribuição geográfica dos postos de trabalho em Medicina de Família e Comunidade no Brasil, com o intuito de ser mais um instrumento epidemiológico a auxiliar em futuras tomadas de decisão.

2 MÉTODO

Foi realizado um estudo do tipo ecológico, utilizando-se como fonte de coleta de dados o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>)

Do CNES foram extraídos o número total de vínculos de contratação de médicos por município, independente de especialidade ou porte assistencial (UBS, hospital, sistema público ou complementar, etc.), e destas, especificamente os de Médicos de Família e Comunidade. Na sequência, esses dados foram sistematizados segundo as 558 microrregiões do IBGE, que agregam os 5561 municípios brasileiros. Esses dados fazem parte do “Estudo

para Identificação de Necessidades de Profissionais e Especialidades na Área da Saúde”, demandado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde e realizado junto a cinco universidades brasileiras, executado pela Escola de Administração da UFRGS, sob coordenação da Prof^a Dr^a Maria Ceci Araujo Misoczky.

Emprega-se como objeto de pesquisa não o número de médicos ou especialistas em MFC propriamente dito, mas o vínculo de trabalho médico que é a relação contratual com o serviço. Ou seja, um médico pode ter mais de um vínculo de trabalho ou ser contratado sem uma dada especialidade para suprir a carência da mesma, por exemplo.

A partir do site do IBGE foram coletadas as seguintes variáveis: anos de estudo das pessoas maiores de 10 anos, Produto Interno Bruto (PIB) e o rendimento nominal mediano mensal do trabalho principal das pessoas com 10 anos ou mais anos ocupadas na semana de referência, além das estimativas populacionais.

Do site do DataSUS foram extraídos a população residente e os números de nascidos vivos e óbitos em menores de um ano por município. O coeficiente de mortalidade infantil foi calculado dividindo-se o número de óbitos pelo número de nascidos vivos e multiplicado por 1000.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi adquirido a partir do site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (www.pnud.org.br/idh/)

Os dados foram trabalhados no software Microsoft® Excel 2002 SP3. Os gráficos e coeficientes de correlação foram obtidos com o SPSS 12.0 for Windows e a apresentação gráfica em forma de mapa via o Tab para Win32 e Wine versão 3.4.

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Processo nº 10945).

3 RESULTADOS

Em 2004 existiam no Brasil 324.444 vínculos de trabalho médico cadastrados no CNES, sendo 21.823 (6,7%) vínculos em MFC. Na tabela 1 encontram-se as variáveis analisadas neste estudo, agregadas segundo microrregiões. Através da análise dos valores exibidos pode-se ter uma idéia de o quanto irregular é a distribuição da maioria das variáveis.

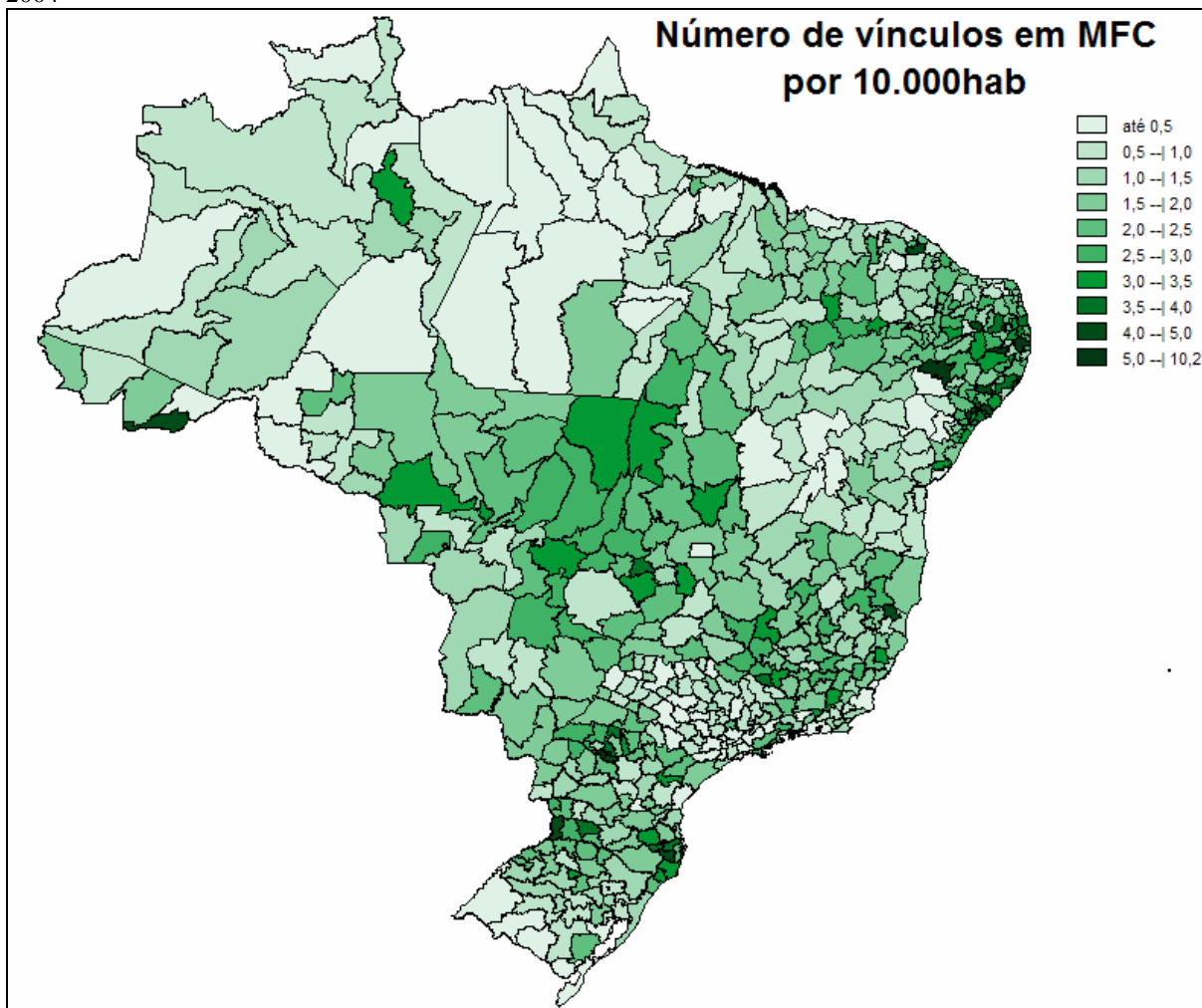
Tabela 1: Características das variáveis estudadas, por microrregião.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
População residente (em 1000 hab)	2,2	13.232,57	320,93	837,5
Vínculos Médicos	1	27.341	581,44	1.701,79
Densidade de vínculos Médicos (por 10.000 hab)	0,55	51,89	15,35	8,12
Vínculos em Medicina de Família e Comunidade - MFC	0	829	39,11	60,76
Densidade de vínculos em MFC (por 10.000 hab)	0	10,15	1,71	1,1
% de vínculos em MFC sobre o total de vínculos médicos	0	100	14,28	11,41
Coeficiente de Mortalidade Infantil	0	45,5	14,95	7,18
PIB (em milhão de reais)	8,37	185.214,39	2.786,88	10.265,97
PIB (em mil reais) <i>per capita</i>	0,97	97,41	6,92	7,18
Rendimento mediano mensal (em R\$)	75,33	542,45	223,73	83,94
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH	0,512	0,862	0,71	0,079
Anos Estudados	1,9	7,7	4,8	1,26

É relatada a existência de vínculos de trabalho em MFC em 98,7% das microrregiões do Brasil. Entretanto, esses se concentravam principalmente na região Nordeste: das 20 microrregiões com maior densidade de vínculos por habitante 13 estão localizadas nesta região.

A distribuição dos vínculos em MFC de acordo com a população de cada microrregião pode ser vista na figura 1 e no gráfico 1, onde se percebe claramente a irregular distribuição geográfica desses. As microrregiões com maior densidade de vínculos encontram-se principalmente no nordeste e no centro do país.

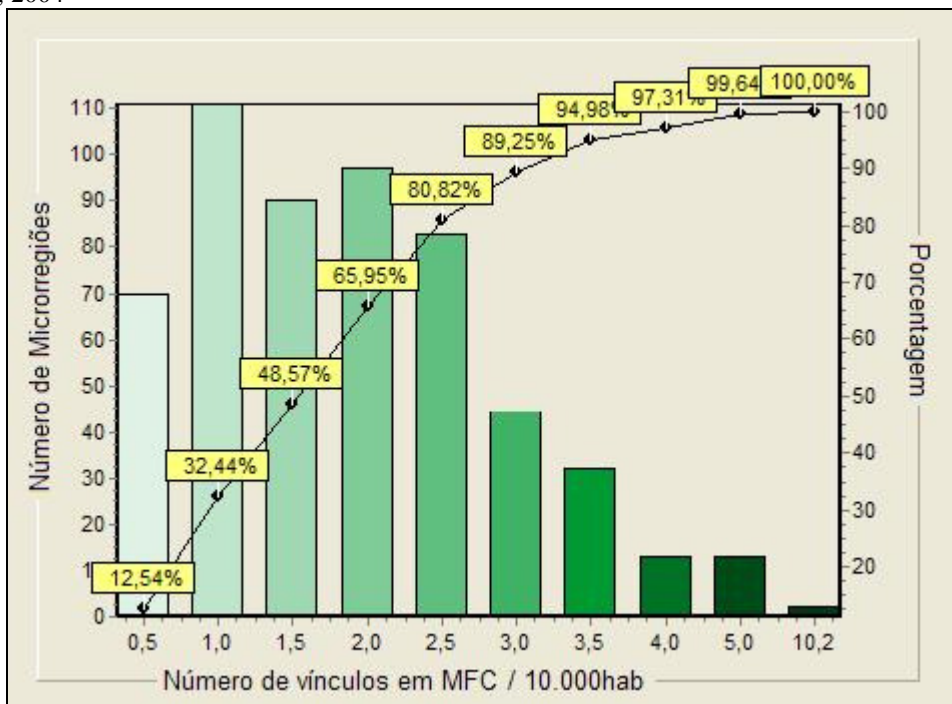
Figura 1: Densidade de vínculos em Medicina de Família e Comunidade (MFC) por microrregião do Brasil, 2004



MFC: Medicina de Família e Comunidade

O gráfico 1 mostra que o número de vínculos de trabalho em MFC ainda era muito pequeno no ano de 2004. Considerando-se que a ESF preconiza uma população de até 3.500 pessoas para cada MFC, menos de 11% das microrregiões estudadas apresentava três ou mais vínculos para cada 10.000 de seus habitantes.

Gráfico 1: Densidade acumulada de vínculos em Medicina de Família e Comunidade nas microrregiões do Brasil, 2004



MFC: Medicina de Família e Comunidade

As análises de correlação entre as variáveis estão representadas na tabela 2.

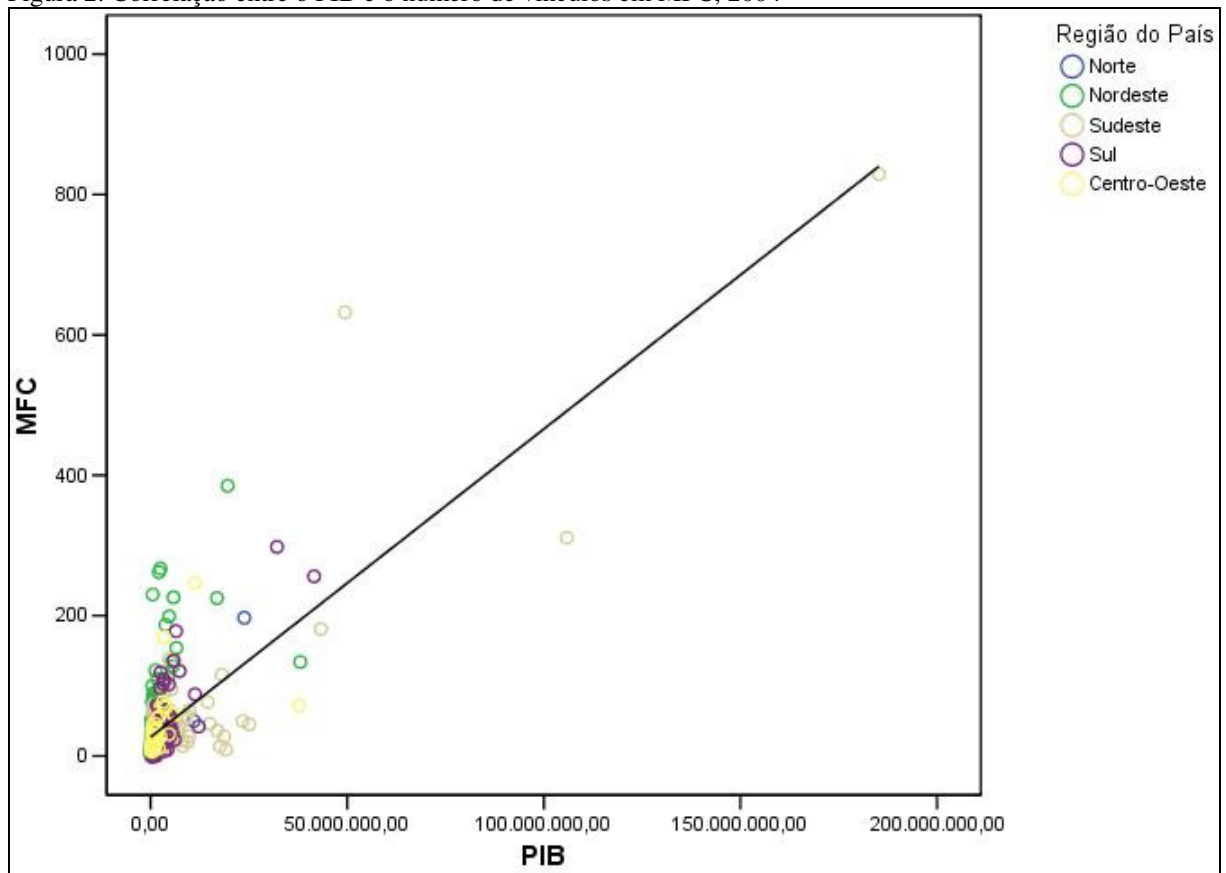
Tabela 2: Coeficientes de correlação

Variáveis correlacionadas	<i>r</i>
População residente x número total de vínculos médicos	0,98
Vínculos médicos x vínculos em MFC	0,83
População residente x vínculos em MFC	0,79
PIB x vínculos em MFC	0,74
Anos estudados x vínculos em MFC	0,28
Renda média x vínculos em MFC	0,25
IDH x vínculos em MFC	0,18
Mortalidade infantil x vínculos em MFC	0,17

r: Coeficiente de correlação; MFC: Medicina de Família e Comunidade; PIB: produto interno bruto; IDH: índice de desenvolvimento humano

O número de vínculos em MFC apresentou tendência a correlacionar-se mais fortemente com o PIB (figura 2) e com a população residente. Já com os demais indicadores, as correlações não passaram de fracas.

Figura 2: Correlação entre o PIB e o número de vínculos em MFC, 2004



MFC: Vínculos em Medicina de Família e Comunidade; PIB: Produto interno bruto (em R\$1.000)

4 DISCUSSÃO

Antes da análise dos dados, deve ser salientado que todos são provenientes de fontes secundárias, não originalmente coletados para este estudo. Foram empregadas bases de dados do DataSUS, do IBGE, do CNES e do PNUD. Ao mesmo tempo em que as informações do PNUD e principalmente do DataSUS são facilmente acessadas e exportadas, o mesmo não se aplica às tabelas do IBGE e do CNES. As informações nestas bases são bem mais difíceis de serem encontradas e, uma vez selecionadas, se encontram em formatos que demandam tabulação mais trabalhosa que as demais.

Saliente-se, também, que tanto as bases do CNES quanto do DataSUS são alimentadas diretamente pela administração de cada município brasileiro. Considerando a quantidade de informações e a grande variedade de situações administrativas, é necessário uma ressalva

quanto a uma provável incorreção em alguns dados, já que a conferência dos mesmos não foi realizada (possível viés de aferição). O emprego da unidade de análise baseado nas microrregiões do IBGE objetivava amenizar essas grandes variações encontradas entre os municípios. Os grandes desvios-padrão em relação às médias encontrados na população residente e nos números de MFC e médicos totais exemplificam esta situação.

Conforme a ESF, o PSF – e, logo, os vínculos em MFC – veio para suprir uma demanda reprimida em saúde, especialmente em pequenos municípios e regiões afastadas dos grandes centros populacionais, onde historicamente concentrou-se o maior número de médicos. Essas regiões, portanto, também apresentavam os piores índices de desenvolvimento e os piores indicadores de saúde.

Entretanto, no ano de 2004, a distribuição dos vínculos de trabalho em MFC não seguia muito claramente nenhum dos indicadores estudados, conforme demonstram os fracos coeficientes de correlação encontrados. Indicadores importantes, como a taxa de mortalidade infantil e o índice de desenvolvimento humano, apresentaram apenas pequenas tendências de correlação com o número de vínculos em MFC.

5 CONCLUSÕES

Após 10 anos de implantação da ESF no Brasil, ainda era bastante irregular a distribuição dos vínculos de trabalho em medicina de família e comunidade em 2004.

Mesmo que os dados extraídos do CNES não reflitam plenamente a realidade, era de se esperar que mostrassem correlações mais fortes pelo menos com alguns dos indicadores sociogeográficos selecionados para a análise. Apesar de ter sido descrito que a expansão inicial do PSF se deu, a partir de 1998, em regiões mais pobres, menos povoadas e do interior (Brasil, 2004b), já em 2004 essa polarização não era mais tão evidente.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), quatro são os principais elementos dificultadores de uma melhor expansão do PSF no Brasil: a própria estrutura do Ministério da Saúde, a lenta formação de recursos humanos, as resistências corporativas (Conselhos e Associações de Medicina e Enfermagem) e a noção de que atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada.

Os crescentes incentivos dos gestores em saúde descritos por Marques & Mendes (2003) ainda não podiam ter reflexos percebidos em 2004, pois na maioria das microrregiões brasileiras a densidade de vínculos ainda estava abaixo do considerável como suficiente. A estrutura pouco flexível e lenta do Ministério da Saúde dificulta a descentralização. Por outro lado, ações como o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica demonstram que não foram esquecidas a necessidade de revisão e adequação das normas regulamentadoras da APS (Brasil, 2006).

Um outro fator que pode estar influenciando na distribuição irregular dos vínculos em MFC é a carência de especialistas. Segundo dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), em maio de 2007 já existiam mais de 27 mil EqSF, enquanto o número de médicos com formação em Saúde da Família não chega hoje a 2800 (www.mec.gov.br). Isso significa que a maioria dos médicos que trabalham como MFC na verdade só exercem tal função, sem formação específica. A dificuldade em encontrar profissionais capacitados para ocuparem os postos de trabalho abertos podem, potencialmente, alocá-los nos grandes centros urbanos ou municípios capitalizados, com poder de oferecer melhores salários.

Apesar de não ser o foco principal de nosso estudo, é importante destacar os resultados evidenciados por Starfield (2005) que encontrou vários trabalhos correlacionando maiores densidades populacionais de médicos generalistas com melhores indicadores de saúde nas mais variadas áreas da saúde pública.

A continuidade dos estudos em relação ao trabalho em saúde poderá evidenciar mais claramente de que modo vem acontecendo a distribuição dos vínculos em MFC e dos próprios EqSF no Brasil. Uma análise da evolução do número desses ao longo dos anos serviria para orientar e otimizar a alocação de incentivos para a criação de novas equipes.

6 REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. *O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil*. Brasília: 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: 2004a.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Cadernos Metropolitanos: Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro vol II: 2º Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. *Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios*. Brasília: 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Informe da Atenção Básica 21*. Brasília: 2004c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: 2006.
- Machado, M. H. and Pereira, S. *Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil*. Gac Sanit 16(1): 89-93, 2002.
- Marques, R. M.; Mendes, A. *Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?* Ciência & Saúde Coletiva 8(2): 403-415, 2003.
- São Paulo. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. *Implantando o Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*. São Paulo: 2002.
- Souza, R. R. *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Brasília: 2002.
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 3, 2005
- Viana, A. L. D.; Dal Poz, M. R. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.

ANEXO A

PROJETO DE PESQUISA

I. Questão/Objetivo Geral

Descrever a inserção dos postos de trabalho em Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

II. Justificativa (Relevância, originalidade, encadeamento em linha de pesquisa prévia)

O Programa Saúde da Família (PSF) constitui uma estratégia para a organização e fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Graças aos incentivos financeiros dos níveis federal e estadual de gestão repassados diretamente aos municípios, em 2004 já estavam em funcionamento 19.200 equipes, dando cobertura a mais de 60 milhões de pessoas. Na composição da equipe mínima do PSF, consta o trabalho de um médico generalista ou de Família e Comunidade.

III. Planejamento da Pesquisa

A. Delineamento (Qual, porquê)

Realizaremos um estudo ecológico a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

B. Amostra (Definições básicas de inclusão e exclusão; amostragem; cálculo do tamanho da amostra)

Nossa amostra consistirá das 558 microrregiões de saúde do Brasil.

C. Medidas (O que, como)

Vínculos médicos por microrregião;
Estimativas populacionais (IBGE), como renda per capita, anos estudados e PIB;
Indicadores de saúde (DataSUS), como a Taxa de Mortalidade Infantil.

D. Logística (O que, quem, onde, quando, como, por quanto tempo)

Os dados serão compilados e analisados pelo autor e pelo orientador utilizando-se planilhas eletrônicas e softwares estatísticos.

IV. Questões Éticas

Por questões acadêmicas, o projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Por utilizar apenas dados secundários, não deve haver problemas éticos.

V. Cronograma Básico

Análise dos dados: 2006.

Revisão/Redação: Abr-Jun/2007.

Defesa preliminar: Jul/2007.

Procedimentos Normativos do PPG: Jul/2007.

Defesa final: Ago/2007.

VI. Recursos Necessários

Computador com acesso à internet

Impressora;

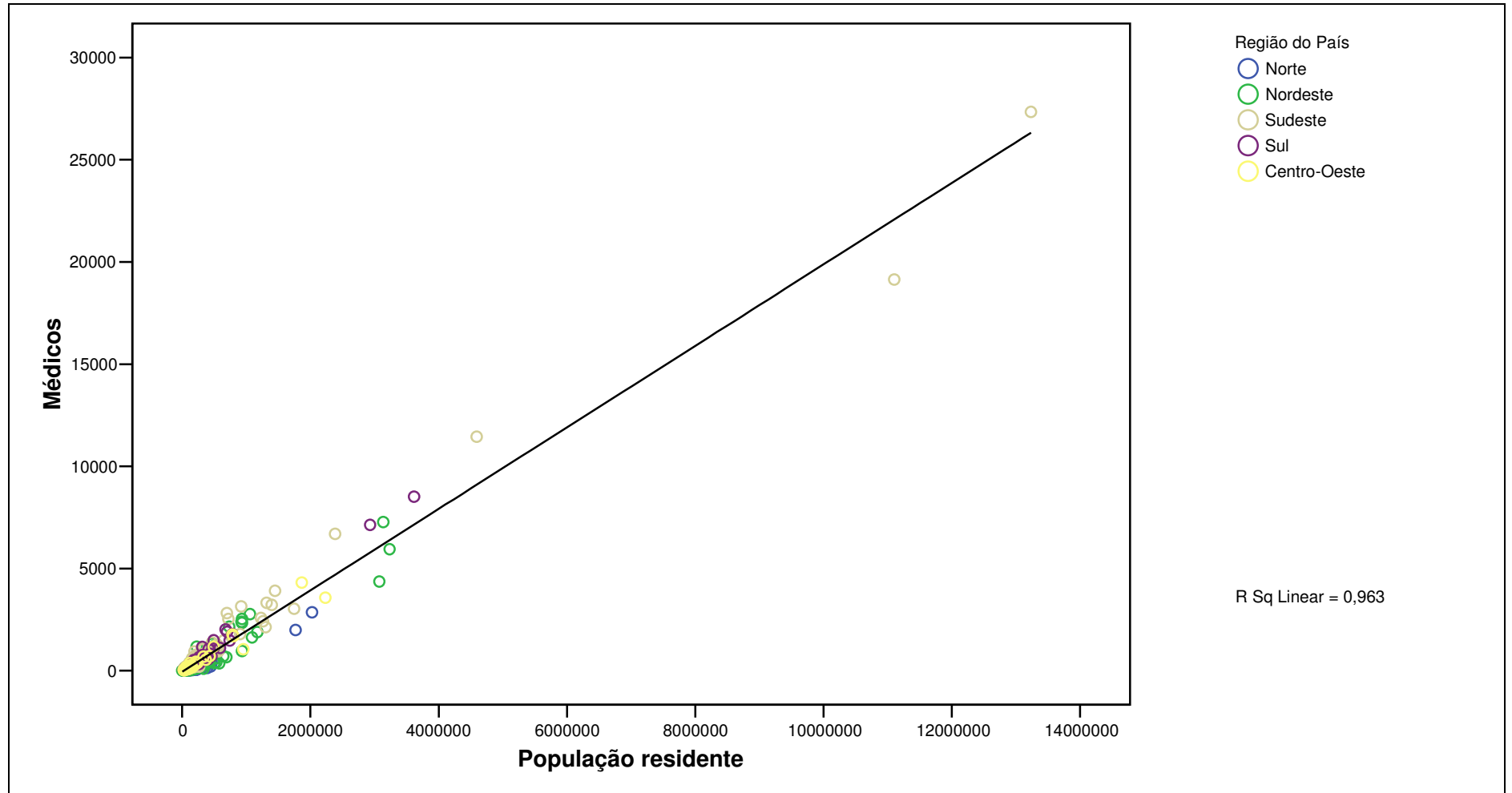
Software estatístico.

VII. Problemas/Soluções/Tarefas

Bancos de dados utilizados com apresentações das variáveis muito diferentes entre si.

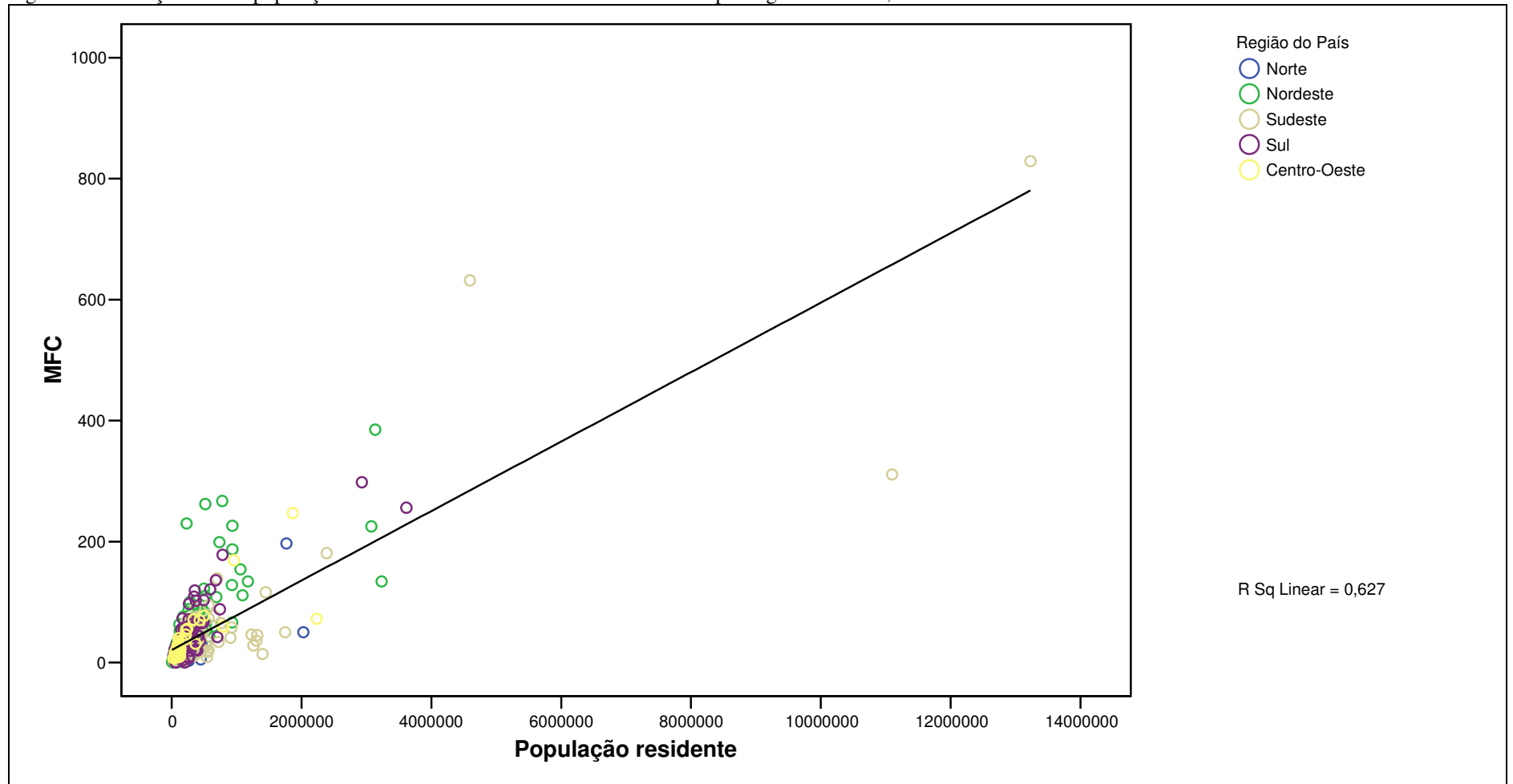
ANEXO B – FIGURAS

Figura 3: Correlação entre a população residente e o número total de vínculos médicos por região do Brasil, 2004



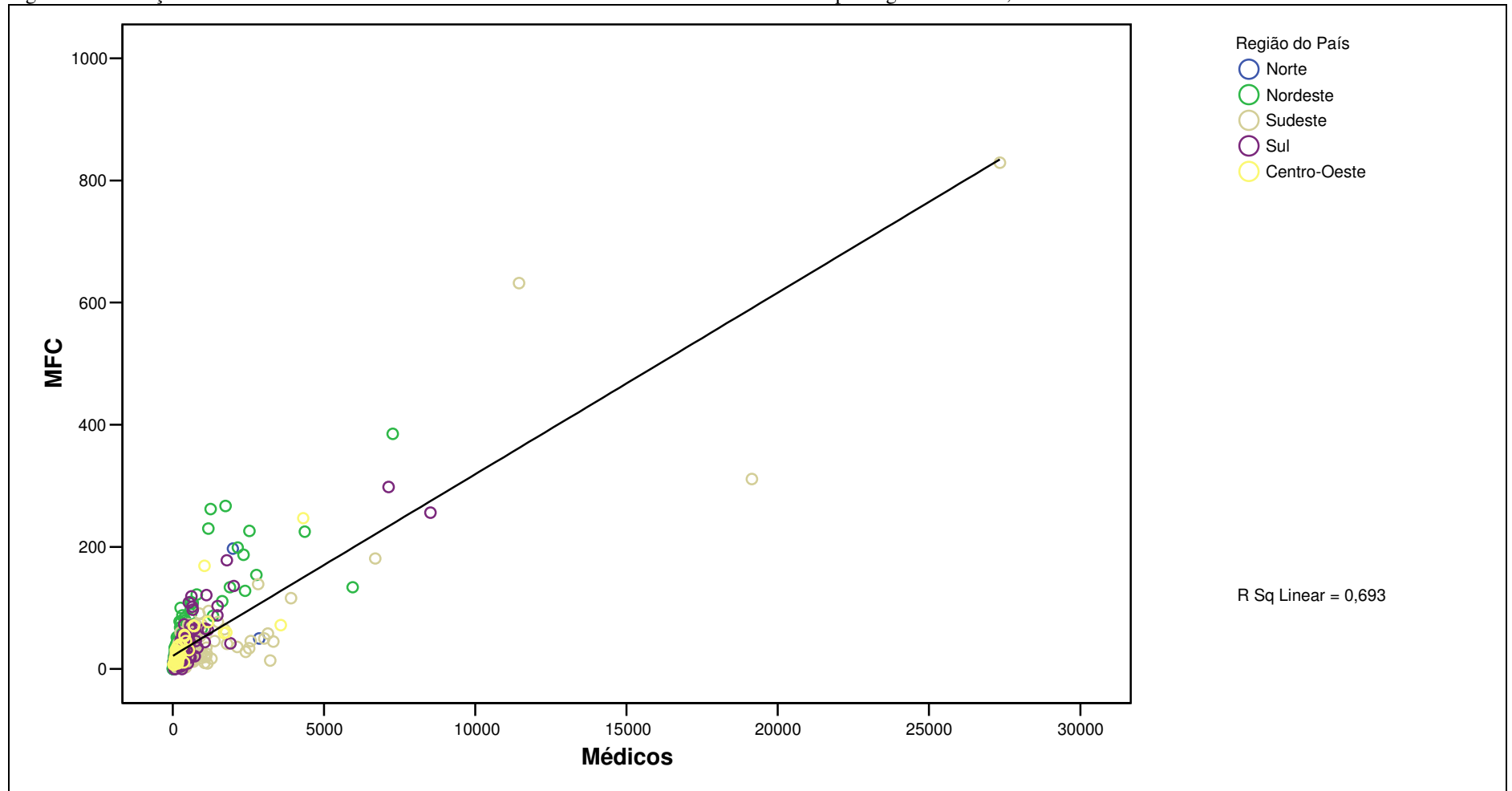
Médicos: Número de vínculos médicos; R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 4: Correlação entre a população residente e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004



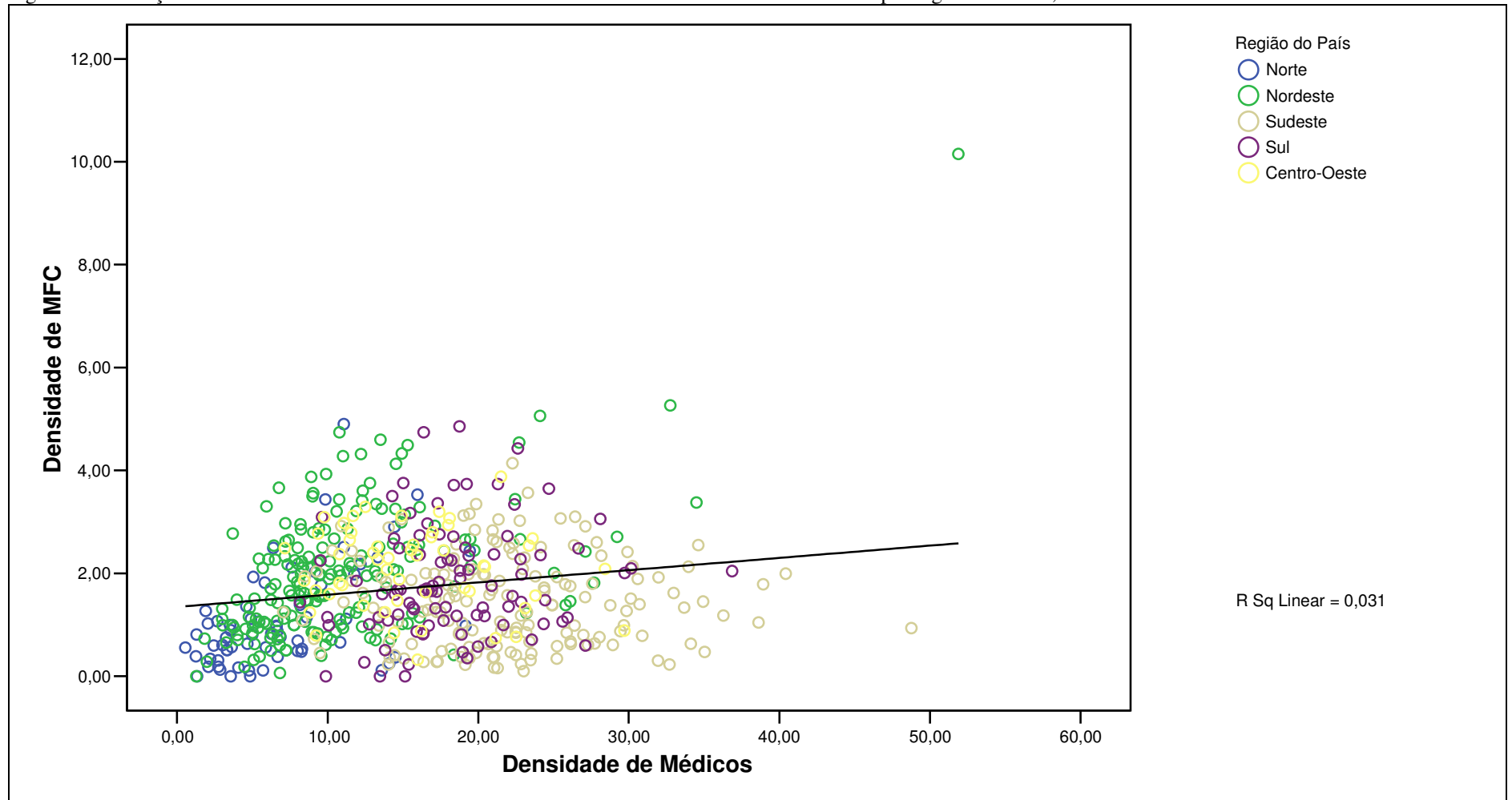
MFC: Número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade; R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 5: Correlação entre o número total de vínculos médicos e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004



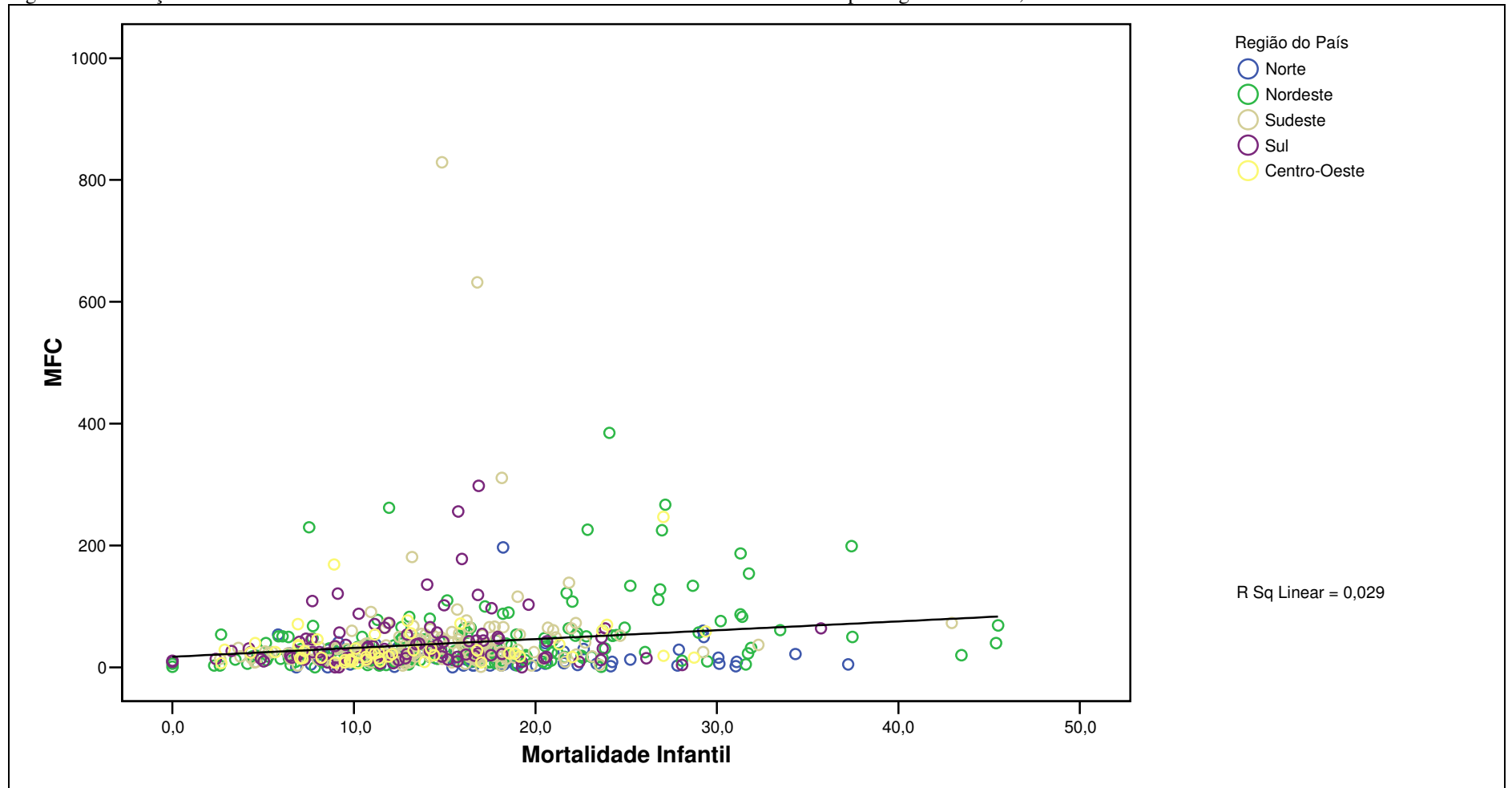
Médicos: Número de vínculos médicos; MFC: Número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade; R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 6: Correlação entre a densidade de vínculos médicos totais e a densidade de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004



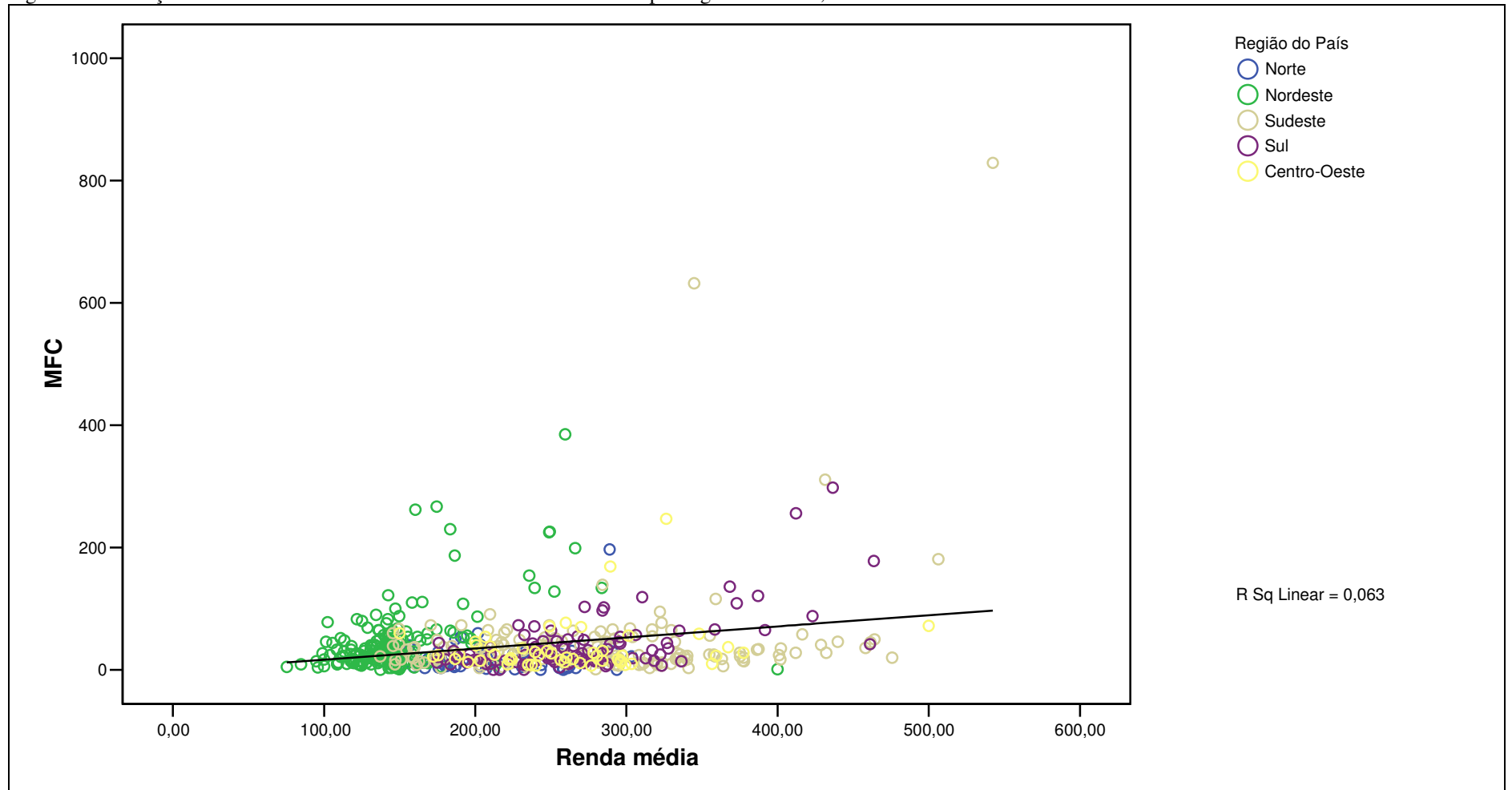
Densidade de MFC: Número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade para cada 10.000hab; Densidade de Médicos: Número de vínculos médicos para cada 10.000hab; R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 7: Correlação entre o Coeficiente de Mortalidade Infantil e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004



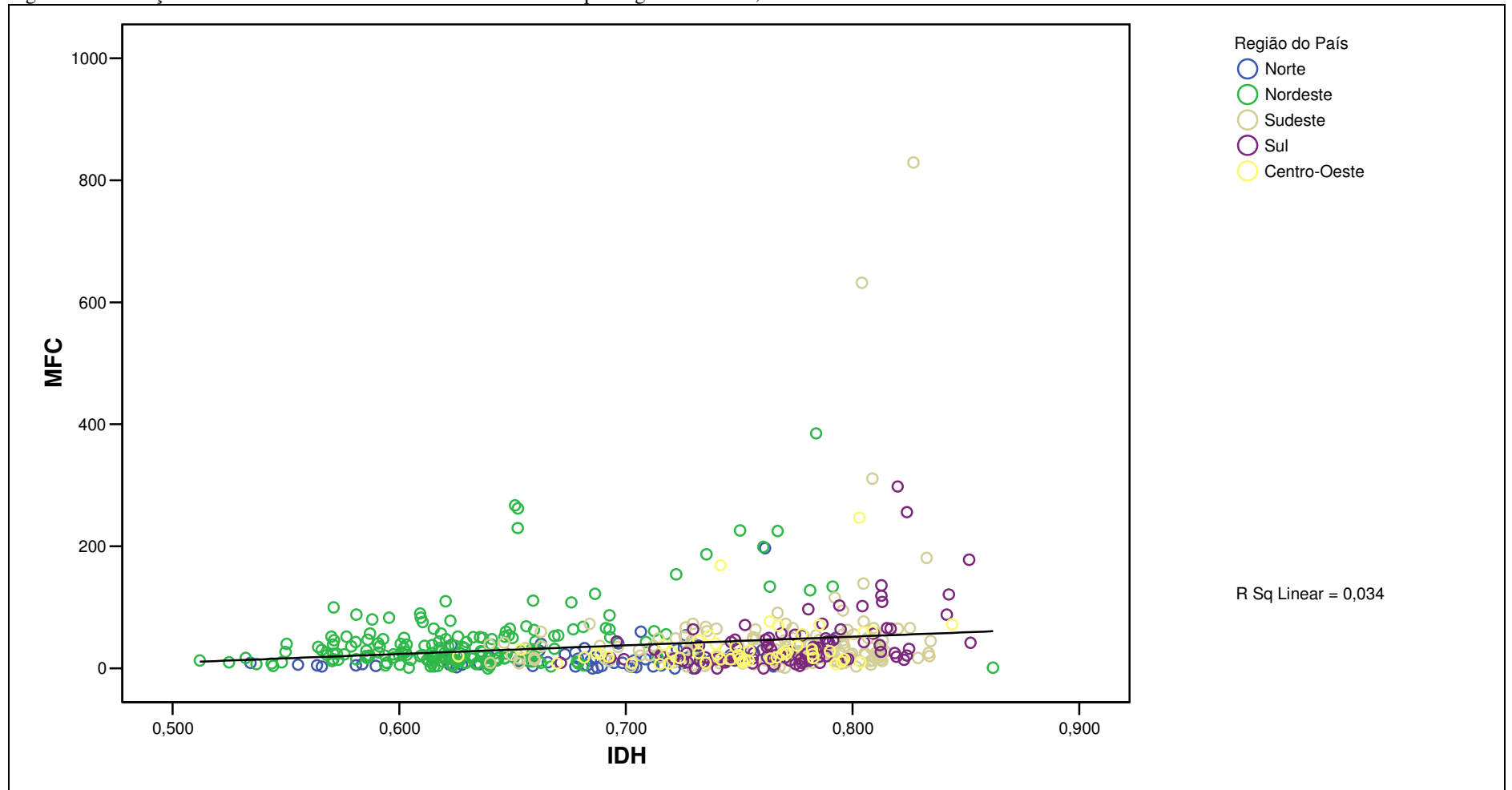
MFC: Número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade; Mortalidade Infantil: Coeficiente de Mortalidade Infantil; R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 8: Correlação entre a renda média e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004



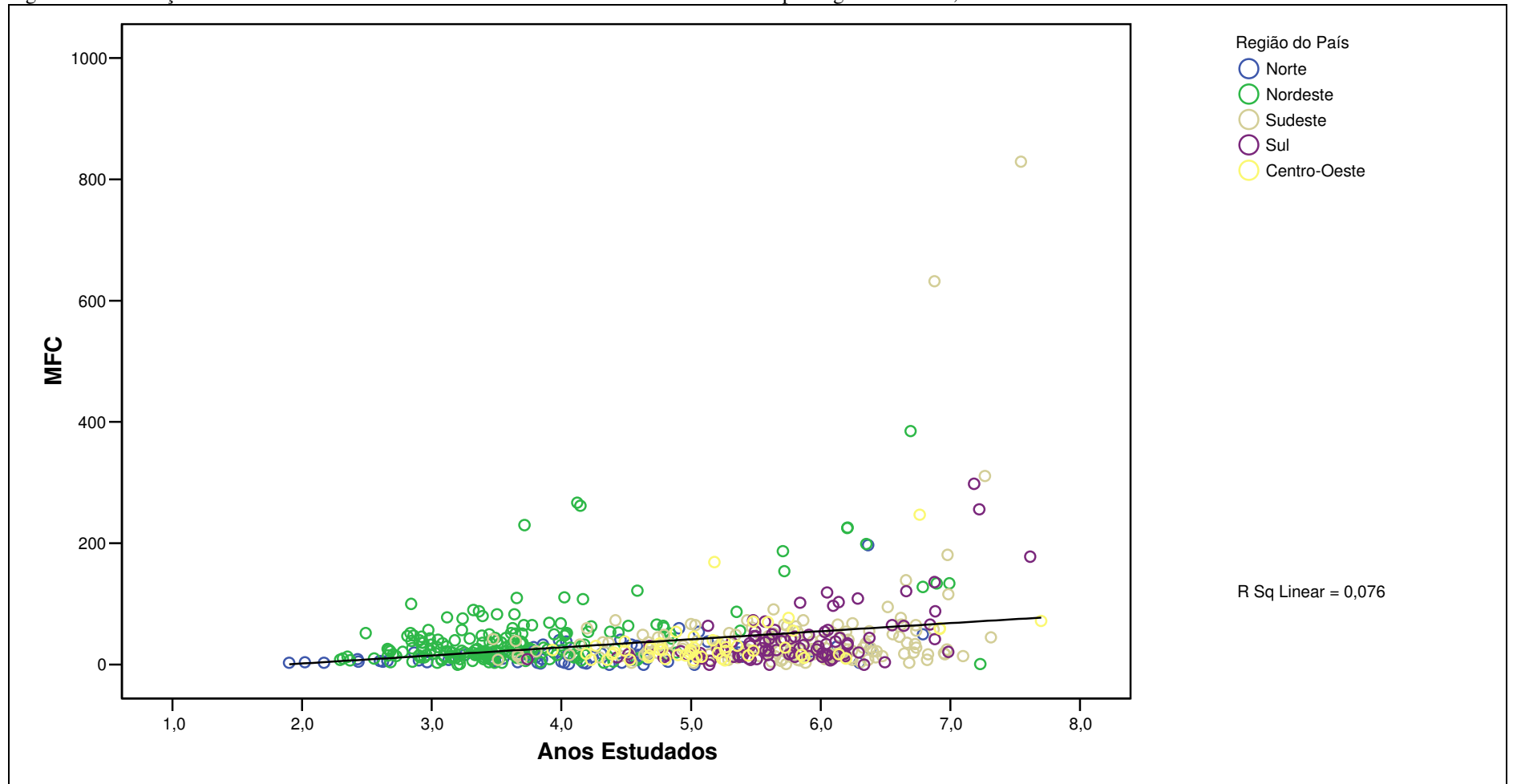
MFC: Número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade; Renda média: Valor do rendimento nominal mediano mensal do trabalho principal das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento no trabalho principal (R\$); R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 9: Correlação entre o IDH e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004



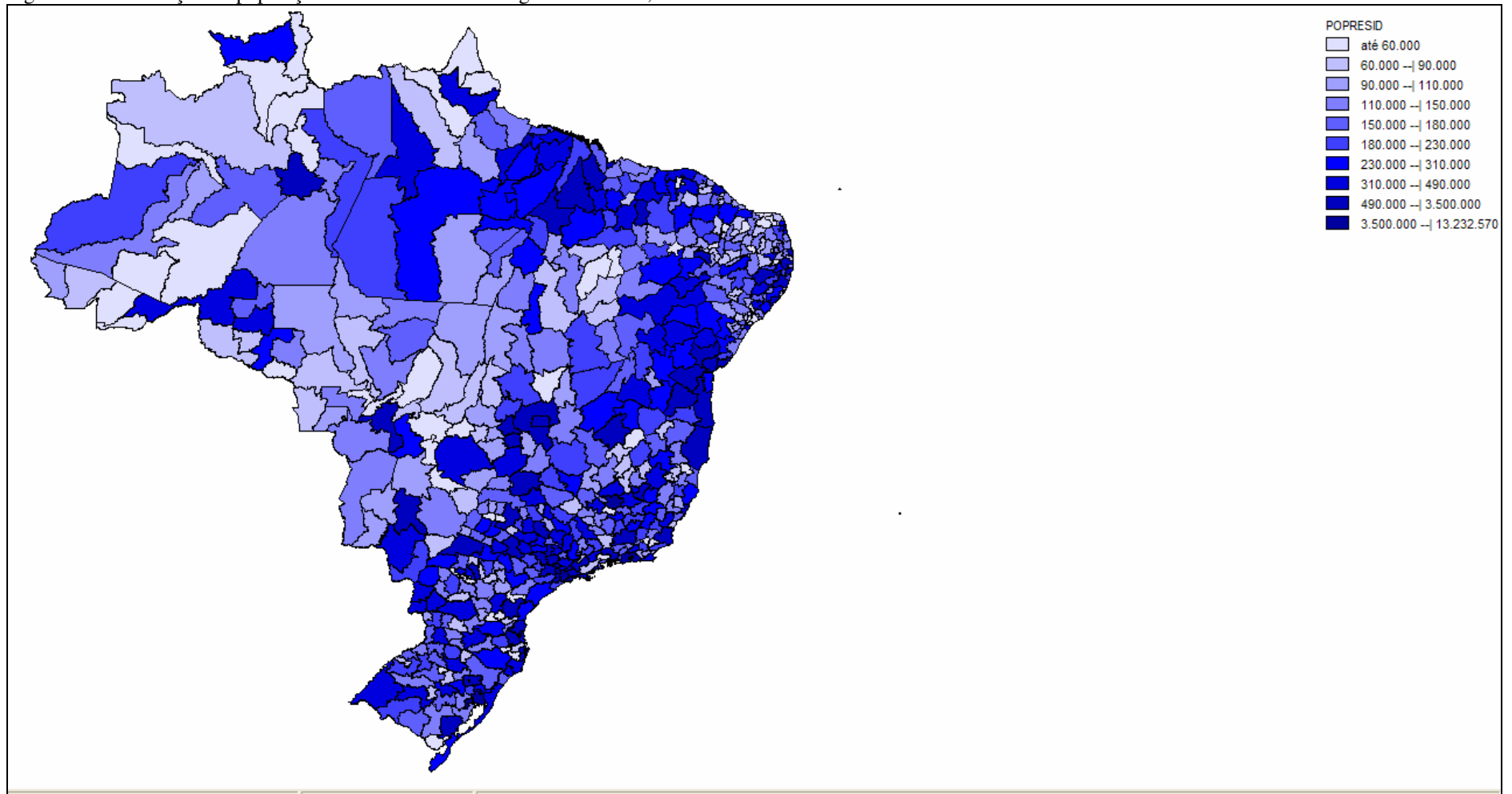
MFC: Número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade; IDH: Índice de Desenvolvimento Humano; R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 10: Correlação entre o número de anos estudados e o número de vínculos em MFC por região do Brasil, 2004



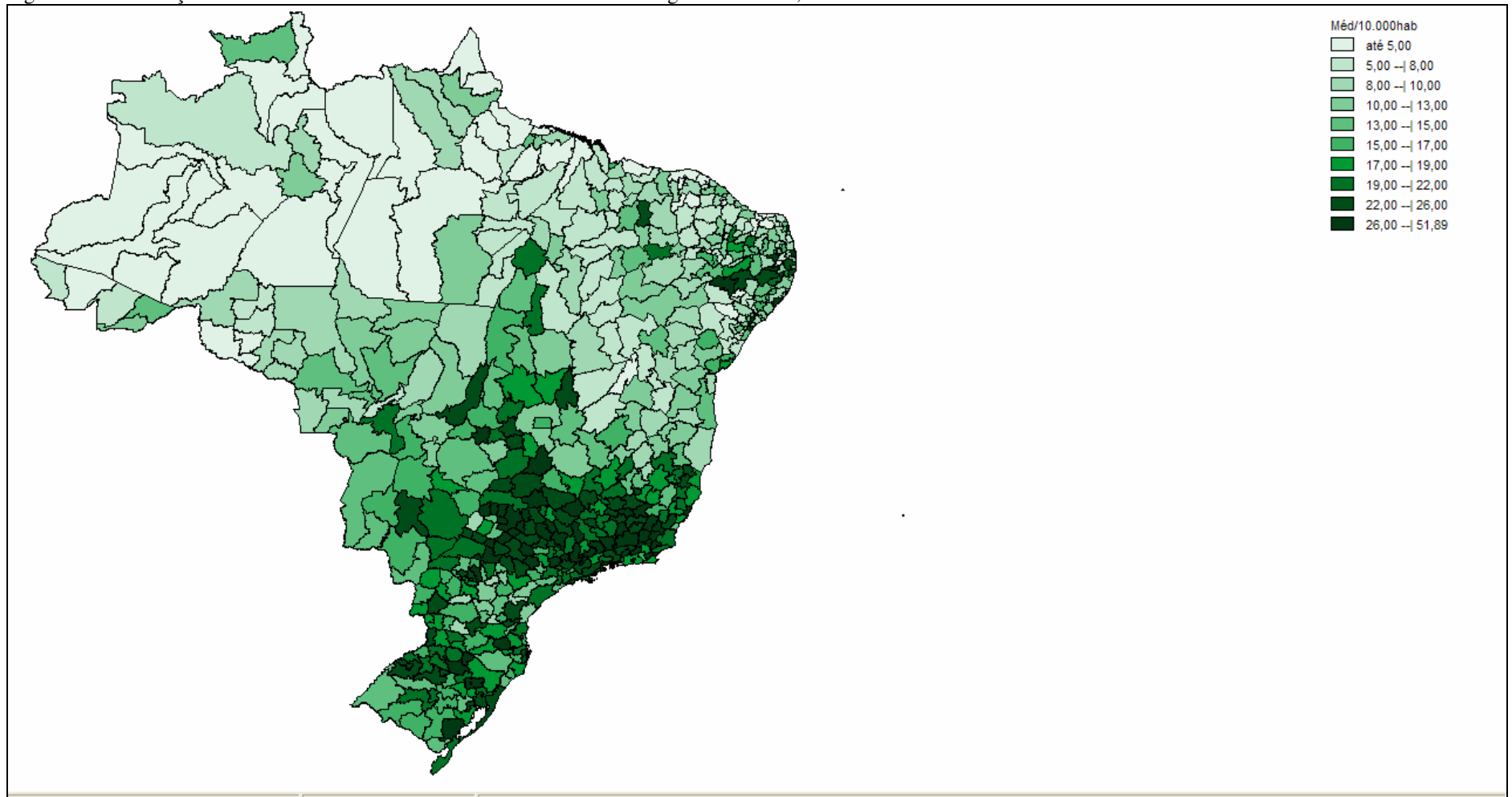
MFC: Número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade; R Sq Linear: Coeficiente de Correlação ao quadrado

Figura 11: Distribuição da população residente nas microrregiões do Brasil, 2004



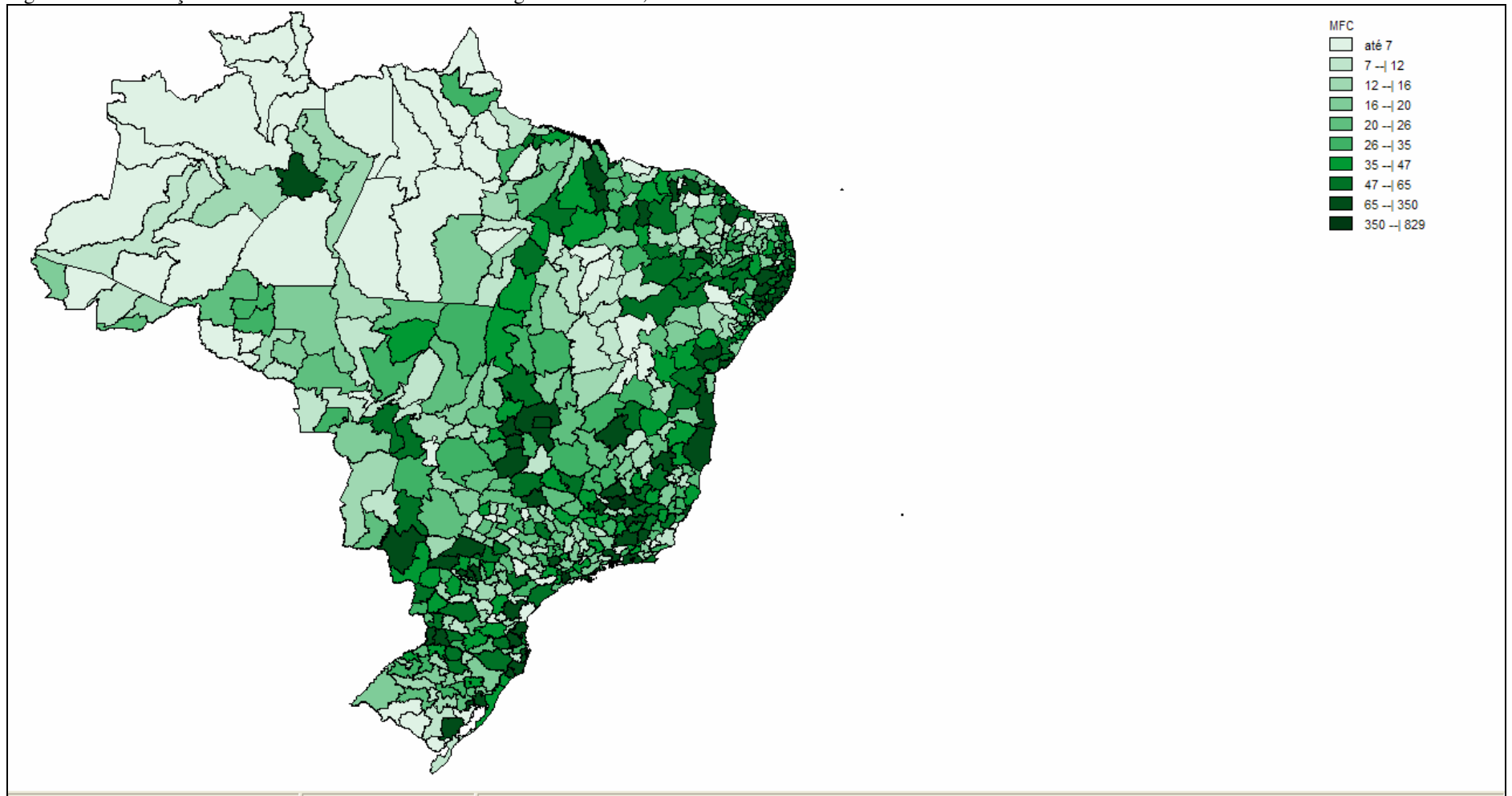
POPRESID: População residente

Figura 12: Distribuição da densidade de vínculos médicos totais nas microrregiões do Brasil, 2004



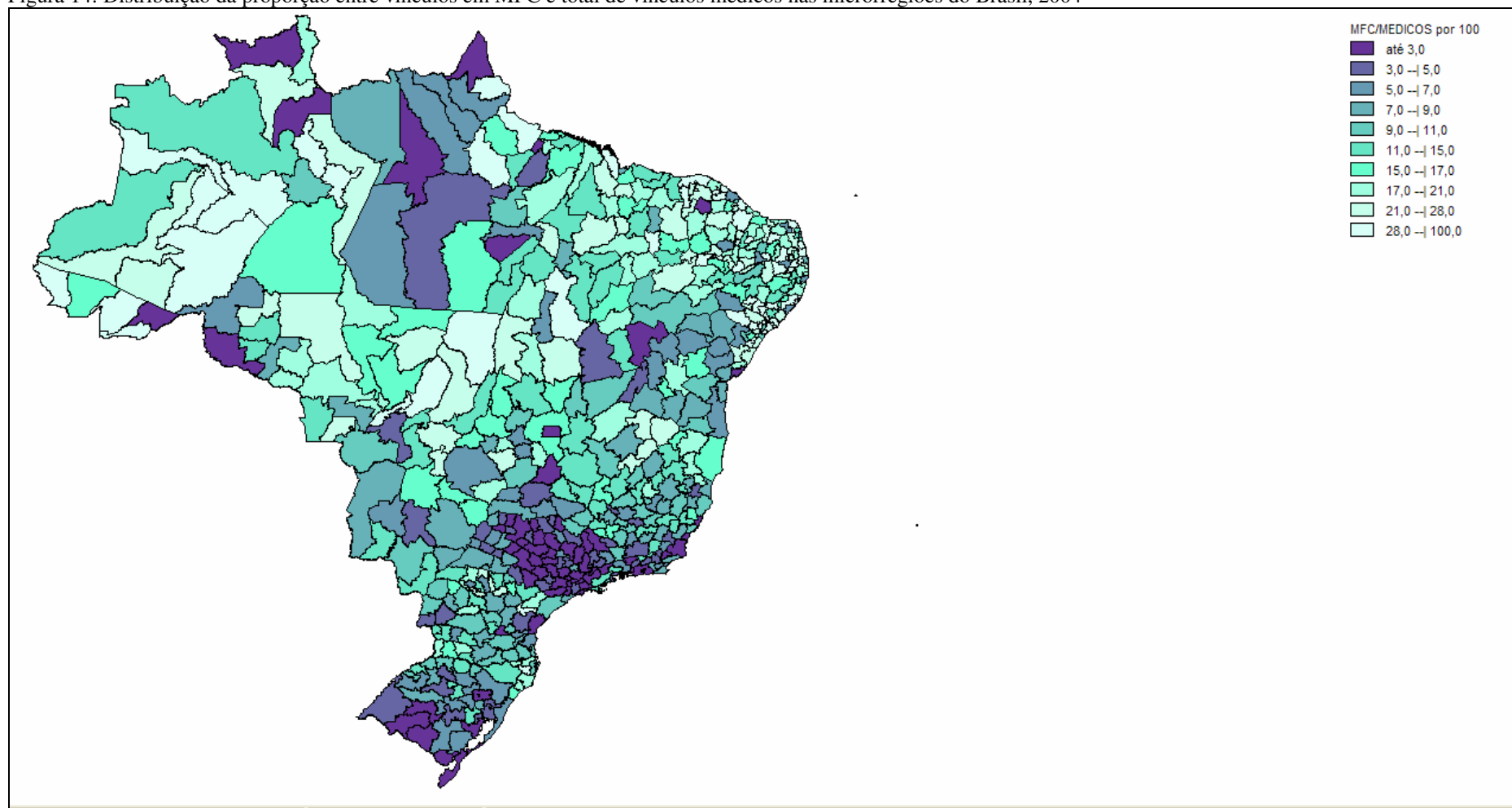
Méd: número de vínculos médicos

Figura 13: Distribuição dos vínculos em MFC nas microrregiões do Brasil, 2004



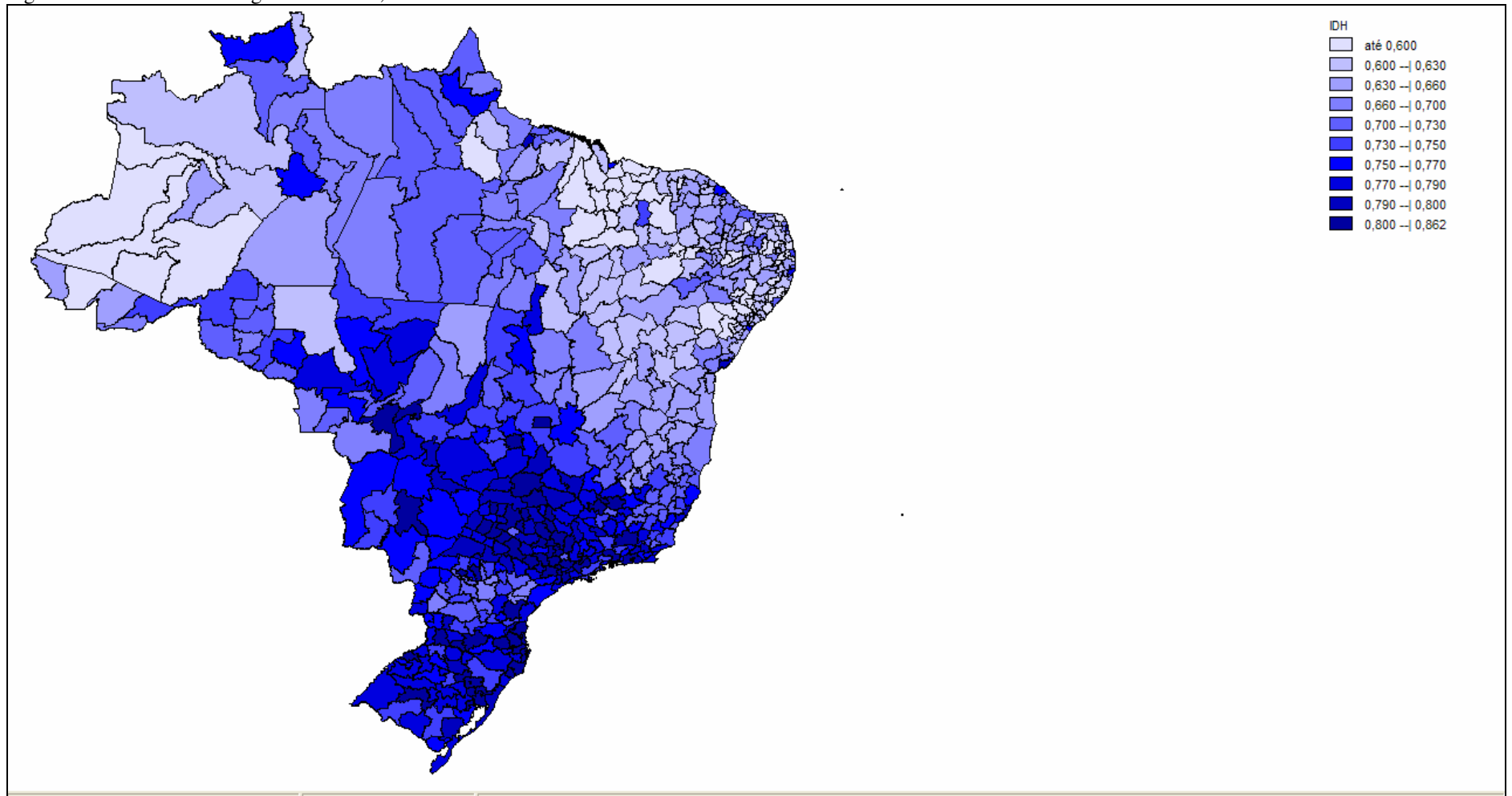
MFC: número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade

Figura 14: Distribuição da proporção entre vínculos em MFC e total de vínculos médicos nas microrregiões do Brasil, 2004



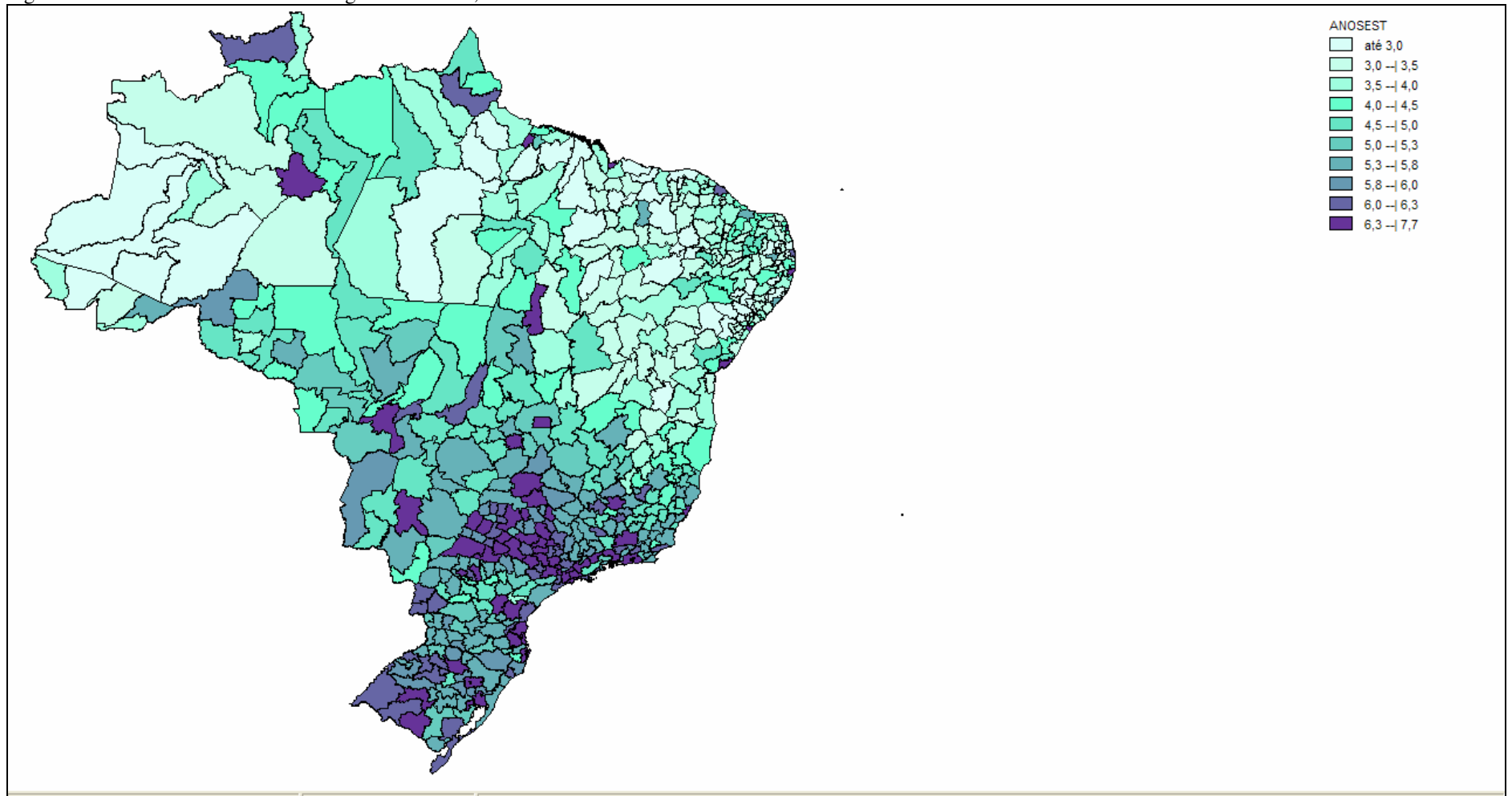
MFC/MEDICOS: proporção entre o número de vínculos em Medicina de Família e Comunidade e de vínculos médicos

Figura 15: IDH das microrregiões do Brasil, 2004



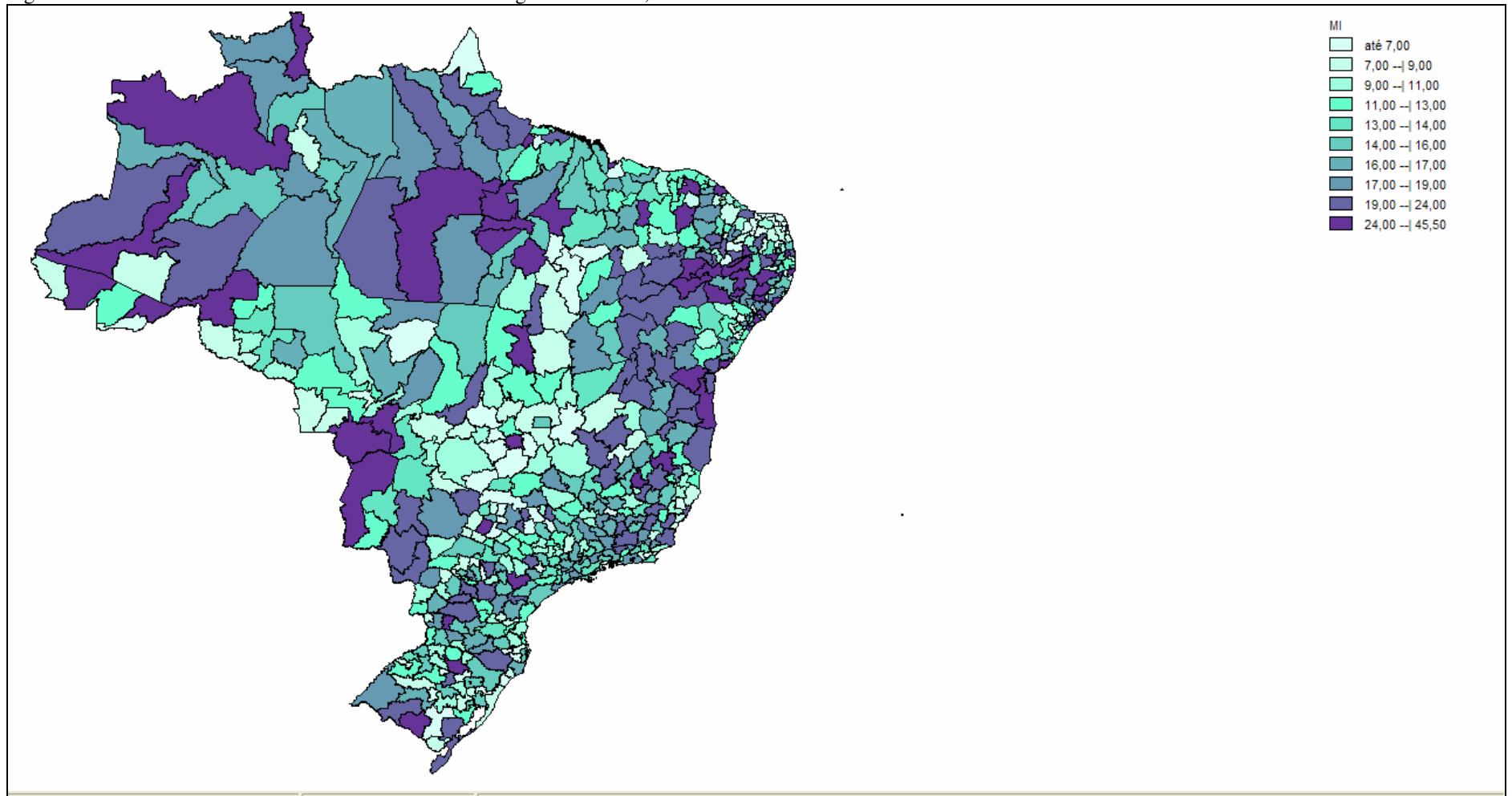
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

Figura 16: Anos de estudo nas microrregiões do Brasil, 2004



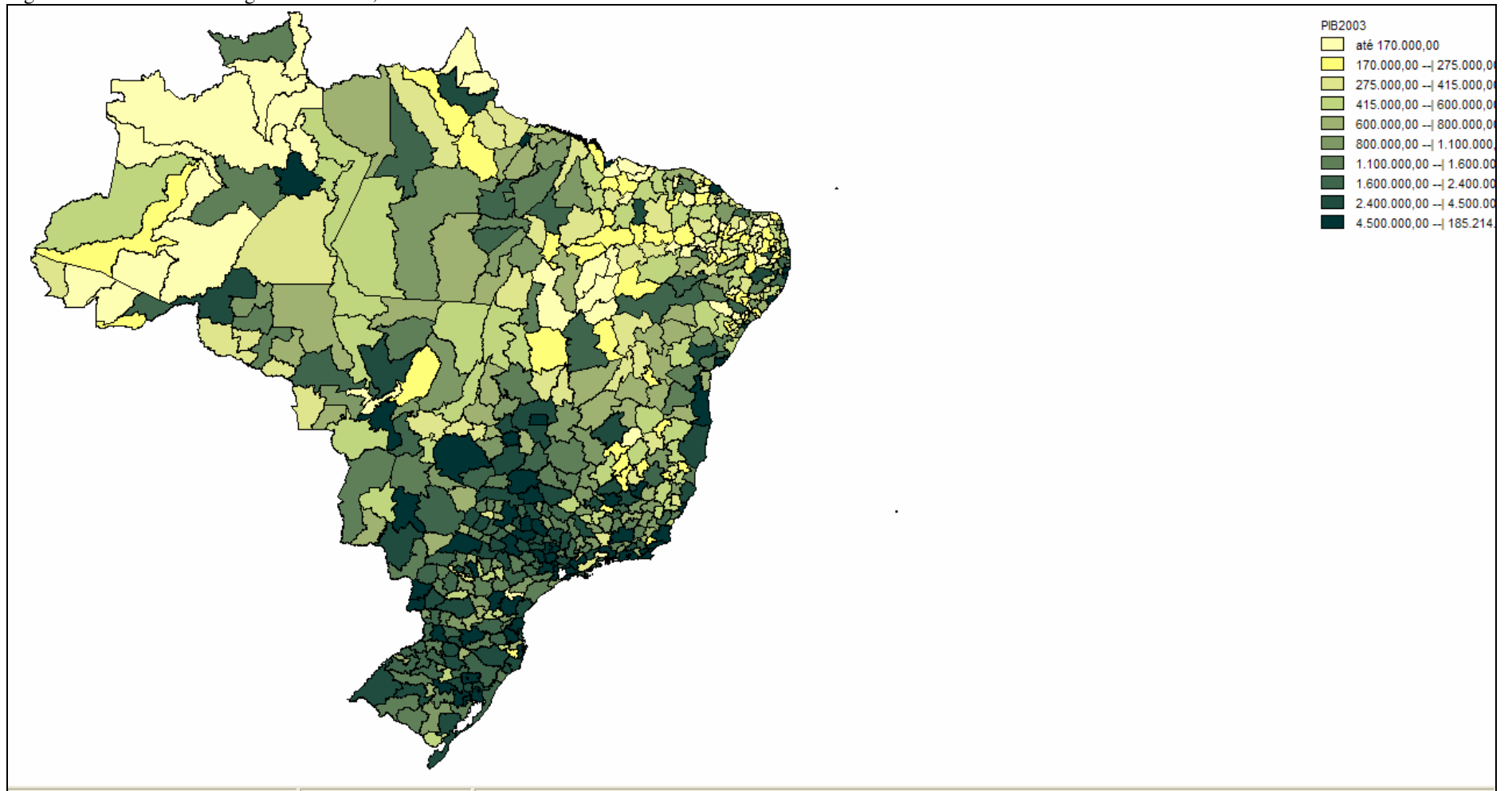
ANOSEST: Anos de estudo

Figura 17: Coeficiente de Mortalidade Infantil nas microrregiões do Brasil, 2004



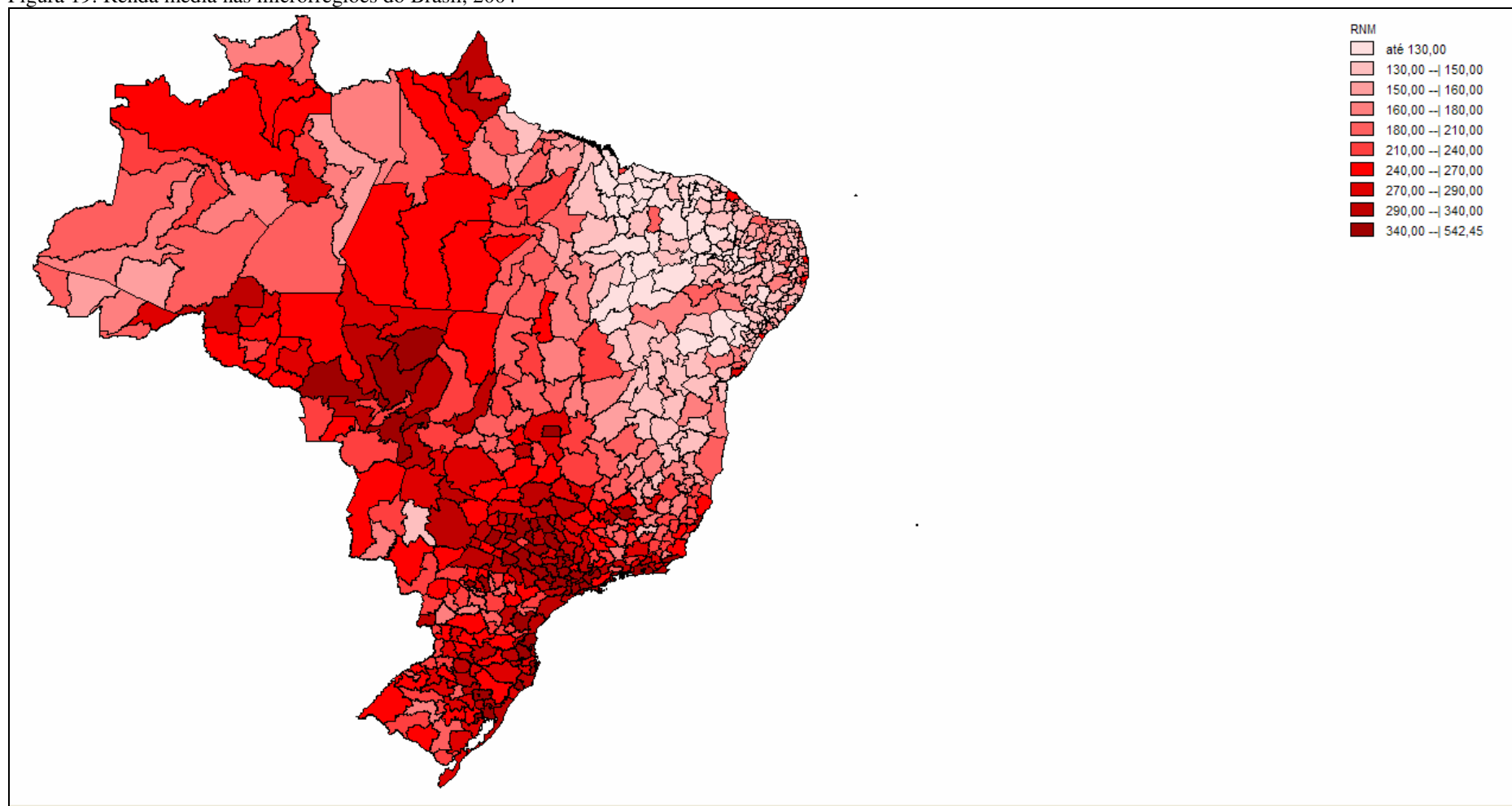
MI: Coeficiente de Mortalidade Infantil

Figura 18: PIB nas microrregiões do Brasil, 2004



PIB2003: Produto Interno Bruto (em R\$ 1.000)

Figura 19: Renda média nas microrregiões do Brasil, 2004



RNM: Valor do rendimento nominal mediano mensal do trabalho principal das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento no trabalho principal (R\$)