

## **PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE I (DRS I): RELAÇÃO COM INDICADORES SOCIAIS.**

Rodolfo Lima Fonseca<sup>1</sup>, Mohamed Tayssir Anka<sup>2</sup>, Tatiana Ribeiro de Campos Melo<sup>3</sup>, Mariana Gabriel<sup>4</sup>,

1. Estudante do curso de Medicina; e-mail: Rodolfofonseca94@gmail.com
2. Estudante do curso de Medicina; e-mail: mohamed.anka@hotmail.com
3. Professora da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: tatianar@umc.br
4. Professora da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: marianagabriel@umc.br

**Área de conhecimento:** Saúde coletiva

**Palavras chave:** Recursos humanos em saúde; medicina; políticas públicas; assistência à saúde; distribuição espacial.

### **INTRODUÇÃO**

País de proporções continentais, o Brasil apresenta grandes desigualdades sociais e regionais. Todavia, muitos avanços foram feitos nas últimas duas décadas, principalmente no que tange a investimentos em recursos humanos, ciência e tecnologia e atenção primária (PAIM, 2011). Considerando a melhor infraestrutura e opções de serviços que grandes cidades oferecem, muitos médicos, recém-formados ou não, optam por viver e trabalhar nessas regiões (SCHEFFER, 2018). Além disso, hodiernamente, muitos egressos do curso de medicina tendem a não permanecer. Outrossim, a exiguidade de força de trabalho em áreas remotas e frágeis, apresenta-se como enorme barreira para o acesso à saúde em vários países do mundo (OLIVEIRA, F. *et al.*, 2015). Neste tocante, avaliar a distribuição é fundamental para que o governo possa planejar ações de modo a ofertar saúde de forma igualitária e digna para a população de todas as regiões. No Brasil, diferentes estratégias foram implementadas para corrigir o problema da má distribuição de médicos, entre eles, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e mais recentemente o programa “Mais Médicos”, que sofreu importantes modificações no ano de 2018 (OLIVEIRA, A. *et al.*, 2017). O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) tem buscado cada vez mais o acesso universal para a população, no entanto, percebe-se que a oferta não é homogênea e que existem inúmeras áreas com escassez de serviços: os vazios sanitários de saúde. Nessa perspectiva, fomentar pesquisas para colaborar com a tomada de decisão na formulação e implementação de políticas públicas é fundamental.

### **OBJETIVOS**

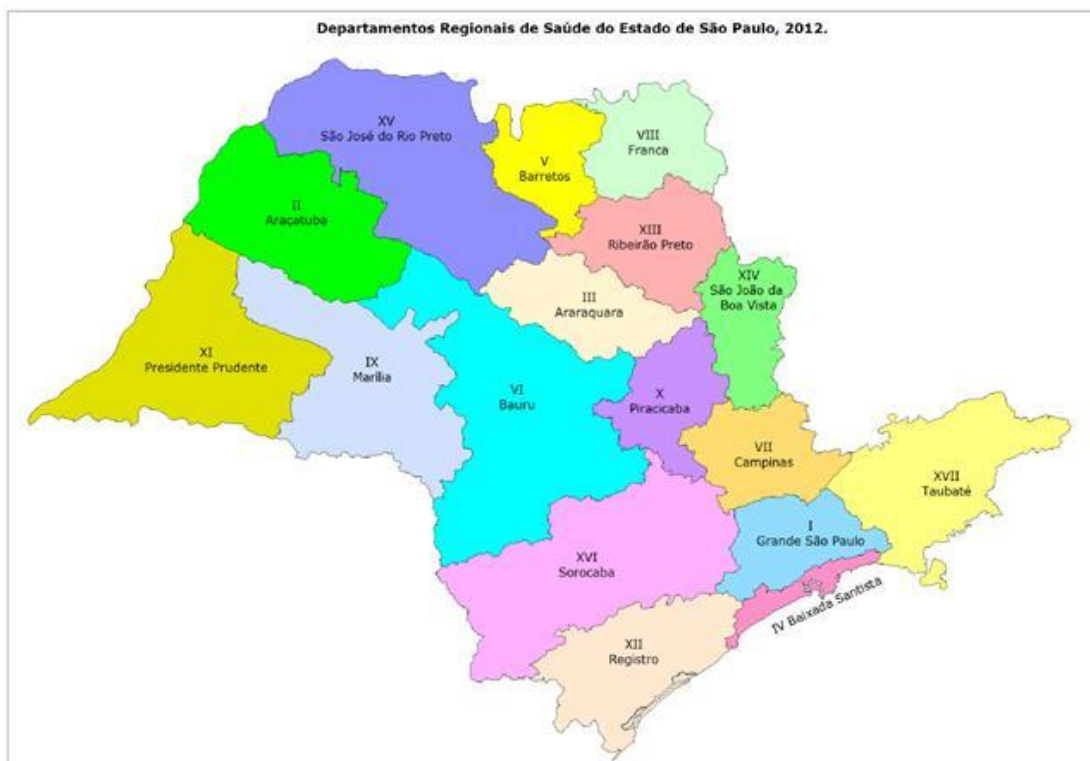
Identificar e analisar a distribuição geográfica de médicos, serviços de saúde pertencentes à Rede de atenção à Saúde (RAS) públicas e privadas e cursos de medicina (públicos/privados) e relacioná-la com os indicadores sociais da população pertencente ao DRS I.

### **METODOLOGIA**

O trabalho consiste em uma pesquisa exploratória e observacional de natureza quantitativa e corte transversal. Os dados coletados são de origem secundária como sítios eletrônicos e publicações. Essa pesquisa foi realizada em duas etapas, a saber:

1. Distribuição relativa de médicos, serviços de saúde pertencentes à RAS e cursos de medicina no DRS I. Os dados foram obtidos no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - e-mec (CNES) e no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior - e-mec (CNCIES);
2. Distribuição geográfica e indicadores sociais analisados. As informações colhidas na primeira etapa foram discriminadas para cada um dos 39 municípios pertencentes à DRS I, de acordo com a distribuição geográfica definida pela Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo (SESGESP). A qualidade de vida da população e desenvolvimento de cada região foi aferida pelo censo promovido pelo IBGE e pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), obtido no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ADHB) – 2010 e que compreende os indicadores sociais longevidade, educação e renda.

**Figura 1:** Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo – DRS I



**Fonte:** Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo (SESGESP, 2012).

Para elaboração da etapa 1, foram considerados os seguintes aspectos de cada categoria de análise:

**Tabela 1:** Categorias de análise e aspectos considerados

<b>Categoria de análise</b>	<b>Aspectos considerados</b>	<b>Fonte</b>
1) Médicos	Quantidade (por município);	CNES
2) RAS	Quantidade (por município); Tipo de estabelecimento (atenção primária, secundária ou terciária); Cobertura percentual da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Atenção Básica (AB)	CNES / Portal e-Gestor AB
3) Cursos de medicina	Quantidade (por município);	CNCIES
4) IDHM	Valor entre 0 e 1; Classificação entre baixo, médio, alto e muito alto IDHM.	ADHB

Fonte: Autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **Análise da relação entre o porte dos municípios e a quantidade de médicos.**

Verificou-se que municípios de pequeno porte apresentam uma média populacional de 26.934 habitantes para 50 médicos, ou seja, 539 pessoas para cada médico. Encontrou-se uma média de 357 habitantes para cada médico em municípios de médio porte, 240 habitantes para cada médico em municípios de grande porte e 206 habitantes por médico no município de São Paulo.

### **Análise da cobertura percentual da ESF e da AB.**

Observou-se que as coberturas de ESF e de AB ainda são insuficientes nos municípios da DRS I, principalmente nos municípios de grande porte. Nestes municípios, apenas ¼ da população é coberta pela ESF e metade pela AB, valores extremamente preocupantes para um país que há anos adota uma política pública centrada na atenção primária à saúde. Os municípios de pequeno porte são os que apresentam valores mais satisfatórios, embora não haja cobertura integral à população. A capital do estado, considerando o tamanho da população e as complexidades inerentes apresenta cobertura à AB de aproximadamente 63%, valor relevante, porém, que revela ainda existirem locais pouco ou nada assistidos pelos serviços básicos de saúde pública.

### **Análise da relação entre o porte dos municípios e a composição de sua Rede de atenção à saúde (RAS) por nível de atenção.**

Constatou-se cobertura de atenção primária substancialmente baixa nos municípios de grande porte e em São Paulo.

### **Análise da relação entre o número de cursos superiores de medicina nos municípios de acordo com a classificação do IDHM 2010.**

Apurou-se que todos os municípios se enquadram nas categorias alto ou muito alto desenvolvimento humano. Ao relacionar o IDHM dos municípios com a quantidade de cursos de medicina verificou-se uma alta concentração de cursos nos municípios com muito alto desenvolvimento humano. Embora estes somem apenas cinco, concentram 79% dos cursos de toda a DRS I, visto que os outros 34 municípios possuem apenas 4 cursos. Destaca-se o município de São Paulo que concentra, sozinho, 12 dos 19 cursos de medicina (63%).

### **Análise da relação entre o IDHM e as quantidades médias de unidades componentes da RAS por nível de atenção nos municípios.**

Notou-se que os municípios com muito alto desenvolvimento humano - apenas 4 - e desconsiderando São Paulo, possuem uma RAS substancialmente maior em quantidade. Todavia, embora possuam quantidades maiores em relação aos municípios de IDHM alto, perdem percentualmente para estes em relação à cobertura de atenção primária. Outrossim, os municípios de muito alto IDHM, incluindo São Paulo, apresentam RAS com 85% ou mais composta por serviços de atenção secundária e apenas 11% ou menos de serviços de atenção primária.

#### **Análise da quantidade média de médicos nos municípios com IDHM alto e muito alto.**

Assim como observado na análise anterior, observou-se uma disparidade acentuada em relação à quantidade média de médicos nos municípios com IDHM alto e muito alto. Enquanto a média de médicos nos municípios com IDHM muito alto é de 2.859, nos municípios de alto IDHM é de 668, o que representa uma relação de 297 habitantes para cada médico desses municípios, enquanto o número de habitantes por médico, em municípios de IDHM muito alto é de 149.

### **CONCLUSÕES**

Ao findar este trabalho, cujos objetivos consistiam em analisar como se distribuíam os serviços de saúde pública e os cursos de medicina nos municípios que compunham a DRS I, relacionando-os com o IDHM, verificou-se que os achados corroboram a literatura. Isso se deu pois se verificou acentuada diferença na oferta de unidades de saúde, médicos e cursos de medicina em municípios de pequeno porte e de não muito alto IDHM. O trabalho serve como forma de ampliar a compreensão do tema e fornece evidências científicas que podem ser utilizadas como subsídio para tomada de decisão por parte dos agentes públicos. Como forma de dar continuidade à pesquisa, a respeito da distribuição dos serviços públicos de saúde, é recomendado que trabalhos futuros realizem tal análise individualmente em cada município, focalizando os menos assistidos pelo poder público.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

OLIVEIRA, A. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

OLIVEIRA, F. *et al.* "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, v. 6736, n. 11, pt. 1, p. 11-31, 2011.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, 2018.