

Análise da demografia médica de um município Goiano

Medical demography analysis in a city of Goiás

Análisis de la demografía médica de un municipio de Goiano

RESUMO

Objetivo: Analisar a demografia médica de um município do interior do Brasil, a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Método: Estudo descritivo, de dados secundários, referente ao município de Aparecida de Goiânia. Resultado: O município contava com 1.562 médicos, sendo 59,8% homens, e relação de 2,65 médicos/mil habitantes. O nível primário contava com 141 profissionais, sendo 58,8% mulheres e razão de 0,24 médicos/mil habitantes. A rede pública ofertava 54 especialidades médicas, sendo 11 disponíveis apenas na rede conveniada. 83,3% das especialidades foram consideradas clínicas e o restante cirúrgicas. As UBS perfaziam 60% dos estabelecimentos públicos e 95,8% dos médicos eram não estatutários. Conclusão: A relação médico/habitante no município é relativamente boa. O perfil médico é predominantemente masculino e concentra-se na atenção secundária e terciária. Percebeu-se a fragilidade dos vínculos empregatícios e a desigualdade de distribuição de médicos e especialidades na rede de atenção.

DESCRIPTORIOS: Médicos; Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos.

ABSTRACT

Objective: To analyze the medical demography of a municipality in the interior of Brazil, based on data from the National Registry of Health Establishments (CNES). Method: Descriptive study of secondary data, referring to the municipality of Aparecida de Goiânia. Result: The municipality had 1,562 doctors, 59.8% of whom were men, and a ratio of 2.65 doctors/1,000 inhabitants. The primary level had 141 professionals, 58.8% of whom were women and a ratio of 0.24 physicians/1,000 inhabitants. The public network offered 54 medical specialties, 11 of which were available only in the affiliated network. 83.3% of the specialties were considered clinical and the rest were surgical. UBS made up 60% of public establishments and 95.8% of physicians were non-statutory. Conclusion: The doctor/inhabitant relationship in the municipality is relatively good. The medical profile is predominantly male and focuses on secondary and tertiary care. The fragility of employment relationships and the unequal distribution of doctors and specialties in the care network were noticed.

DESCRIPTORS: Physicians; Primary Health Care; Workforce.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la demografía médica de un municipio del interior de Brasil, a partir de datos del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES). Método: Estudio descriptivo de datos secundarios, referentes al municipio de Aparecida de Goiânia. Resultado: El municipio contaba con 1.562 médicos, de los cuales el 59,8% eran hombres, y una relación de 2,65 médicos/1.000 habitantes. El nivel primario contaba con 141 profesionales, de los cuales el 58,8% eran mujeres y una relación de 0,24 médicos/mil habitantes. La red pública ofrecía 54 especialidades médicas, 11 de las cuales estaban disponibles sólo en la red afiliada. El 83,3% de las especialidades se consideraron clínicas y el resto quirúrgicas. Las UBS constituían el 60% de los establecimientos públicos y el 95,8% de los médicos no eran estatutarios. Conclusión: La relación médico/habitante en el municipio es relativamente buena. El perfil médico es predominantemente masculino y se enfoca en la atención secundaria y terciaria. Se notó la fragilidad de las relaciones laborales y la distribución desigual de médicos y especialidades en la red de atención.

DESCRIPTORIOS: Médicos; Atención Primaria de Salud; Recursos Humanos.

RECEBIDO EM: 18/01/22 APROVADO EM: 08/04/22

Euripedes Ferreira de Moura Neto

Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde (UNIRV), Aparecida de Goiânia - GO-Brasil.

ORCID: 0000-0002-1328-8096

Amanda Bianchini Costa e Silva

Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde (UNIRV), Aparecida De Goiânia - GO-Brasil.
ORCID: 0000-0002-2911-2810

Larissa Moraes de Sousa

Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde (UNIRV). Aparecida de Goiânia - GO- Brasil.
ORCID: 0000-0003-3413-7008

Rebecca Fonseca Ramos

Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde (UNIRV). Aparecida de Goiânia - GO- Brasil.
ORCID: 0000-0002-5051-6115

Heloísa Silva Guerra

Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva (UFG), Doutoranda em Saúde Coletiva (UNISINOS), Professora Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV), Campus Aparecida, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil.
ORCID: 0000-0002-0617-8112

INTRODUÇÃO

A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, que obedeceu à ótica do capitalismo, sendo que a saúde nunca ocupou lugar de destaque dentro da política do estado⁽¹⁾.

A Reforma Sanitária foi um movimento impulsionado pela sociedade civil, onde profissionais de saúde, estudantes, professores, sanitaristas e pessoas comuns, encabeçaram uma luta em prol da mudança para além da reforma setorial e sobretudo uma luta por cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS), fruto dessa luta e instituído pela Constituição Federal de 1988, modificou o quadro sanitário brasileiro ao basear-se no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado⁽²⁾.

Além da afirmação da saúde como direito, o SUS tem como princípios básicos a universalidade, equidade e a integralidade da assistência. A integralidade pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema⁽³⁾.

Na organização do SUS, o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da

assistência à saúde, é denominado de Rede de Assistência à Saúde (RAS). Na RAS os serviços estão distribuídos em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário; e essa organização é uma estratégia para superação do modelo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde⁽⁴⁾.

Em meio às diversidades culturais, econômicas e sociais que permeiam um país de dimensões continentais como o Brasil, as desigualdades inter e intrarregionais fazem-se visíveis de diversas formas, sendo no campo da saúde, uma dessas possibilidades. A crise neste setor está presente na rotina de todos, sendo amplamente divulgada na mídia por meio de notícias que enfatizam filas frequentes nos serviços de saúde, escassez de leitos hospitalares, corrupção nas verbas destinadas às ações e serviços de saúde, baixos valores pagos por procedimentos médico-hospitalares, falta de profissionais, dentre outros.

Em 2011, uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com mais de duas mil pessoas de todas as regiões do país, apontou que 57,9% delas relataram a falta de médicos como o problema mais grave do SUS⁽⁵⁾. Por outro lado, o Conselho Federal de Medicina (CFM) revela que o Brasil possui médicos ativos em quantidade suficiente para atender às necessidades da população, e que, em cinco anos, o total de profissionais cresceu 21,03%⁽⁶⁾.

Com o aumento da população médica brasileira, a razão de médico por grupo de mil habitantes passou de 1,93 em 2013 para 2,24 em 2018, fazendo com que o indicador nacional se aproximasse ao de países como a Coreia do Sul (2,2), México (2,3), Japão (2,4) e Polônia (2,5)⁽⁶⁾.

A discrepância no acesso aos serviços de saúde, provocada pela carência e má distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, principalmente dos médicos, tem sido apontada como um sério problema, afincado ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu combate na maioria das nações. Em geral, as regiões geográficas de difícil acesso e os segmentos das populações que vivem às margens da sociedade, enfrentando problemas como a pobreza e desproteção, são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela insuficiência de profissionais de saúde. Quando combinadas com outras desvantagens socioeconômicas e situações de altas demandas de saúde, a carência de profissionais de saúde agrava o estado de privação essencial que pode afetar tais populações⁽⁷⁾.

O arranjo da quantidade de médicos por habitantes em cada território influencia diretamente a qualidade de vida da população, uma vez que estes profissionais são os principais provedores dos serviços de saúde. Contudo, a distribuição geográfica dos médicos nem sempre coincide com a distri-

buição considerada socialmente adequada. Nesse cenário, frequentemente é observado que, mesmo tendo uma relação médico/habitante adequada em um país, a distribuição desses profissionais em seu território, tende a ser concentrada em determinadas regiões, promovendo um resultado socialmente indesejado⁽⁸⁾.

Seja como for, para todos os casos, a identificação de áreas geográficas e populações que sofrem de carências ou escassez severa de profissionais de saúde, especialmente de cuidados primários e a determinação de sua intensidade, é condição necessária para a implementação de políticas públicas que visem a promoção de um mínimo de segurança assistencial no âmbito do SUS.

Diante disso, o objetivo desse estudo foi analisar a demografia médica de um município do interior do Brasil, a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com dados coletados a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente ao município de Aparecida de Goiânia – Goiás, realizado no período entre outubro e dezembro de 2020.

O CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. A ideia é automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando todos os níveis de gestão, com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde. Seu objetivo é dar transparência à sociedade, pelo site, de toda a infraestrutura de serviços de saúde bem como a capacidade instalada existente e disponível no país⁽⁹⁾.

Aparecida de Goiânia está localizada na região metropolitana de Goiânia e apresenta um alto crescimento populacional apresentando, segundo o Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, 455.657 habitantes e em 2020 uma população estimada de 590.146 habitantes. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o município totaliza 56 locais de atendimentos na RAS, sendo eles divididos em: 39 unidades básicas de saúde (UBS),

municipal, 04 centros de atenção psicossocial (CAPS), 2 Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS), 03 unidades de pronto atendimento (UPA) e 01 hospital de urgência estadual⁽¹⁰⁾.

Para a operacionalização da coleta de dados da pesquisa, foram realizadas duas buscas no CNES para a extração das informações de acordo com o objetivo do estudo, sobre os profissionais médicos e as unidades de saúde do município, com os seguintes fluxos: 1. Site do CNES > Consultas > Estabelecimentos > Extração > Estado de Goiás > Município Aparecida de Goiânia > Competência Atual > Gestão – Todos > Download; 2. Site do CNES > Consultas > Profissionais > Extração > Tipo de Gestão – Todas > Estado de Goiás > Município de Aparecida de Goiânia > Competência Atual > Download.

A partir das listas geradas foram coletados os seguintes dados: dos estabelecimentos (identificação; tipo de atendimento; fluxo de clientela; classificação do estabelecimento) e dos profissionais médicos (identificação; sexo; especialidade; tipo de vínculo; carga horária de trabalho e tipo de estabelecimento em que está vinculado).

Após conhecimento do total de médicos, foi construída a relação da quantidade destes profissionais com a população do município (população estimada), a partir da seguinte fórmula: número de médicos da rede pública / total da população X 1.000. Dessa forma obtivemos a razão médico/por habitante do município.

Por se tratar de um estudo baseado em dados secundários que se encontram disponíveis ao domínio público, este estudo dispensou submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos de acordo com a Resolução nº 510/2016. Todavia, os autores observaram todos os preceitos éticos necessários para a análise e divulgação dos resultados.

RESULTADOS

De acordo com o CNES, Aparecida de Goiânia possui um total de 1.562 médicos, sendo que destes, 934 (59,8%) são do sexo masculino, representando a maioria dentre

O arranjo da quantidade de médicos por habitantes em cada território influencia diretamente a qualidade de vida da população, uma vez que estes profissionais são os principais provedores dos serviços de saúde.

01 maternidade, 01 serviço de atendimento especializado (SAE), 01 centro clínico municipal (CCM), 01 núcleo de cuidados em saúde mental (NCSM), 01 Serviço de atendimento de emergência em saúde mental, 01 hospital municipal, 01 ambulatório mu-

os profissionais do município. Levando em consideração a quantidade total de médicos, incluindo os que atuam em parceria com o SUS na rede privada, a relação médico/habitante do município foi de 2,65 médicos para cada mil habitantes.

A tabela 1 apresenta algumas características da distribuição de médicos e especialidades no município. Ao analisar as especialidades dos médicos da rede pública, encontrou-se um total de 54 especialidades, sendo que destas, oito eram oferecidas exclusivamente nos serviços de saúde pública da administração direta, enquanto 11 eram oferecidas apenas na rede privada em convênio com o SUS. O restante das 35 especialidades, eram ofertadas à população tanto nos serviços públicos quanto no privado conveniado.

No que tange a divisão dessas especialidades em clínica ou cirúrgica, constatou-se que 45 (83,3%) delas eram consideradas clínicas, com destaque para a distribuição dos médicos entre a clínica geral e medicina de família, que juntas contabilizaram 517 profissionais prestando serviços para a rede municipal.

No tocante à carga horária (CH) dos profissionais, tanto ambulatorial quanto hospitalar, desempenhada por cada especialidade, destacaram-se os profissionais clínicos gerais e da ESF, que totalizaram o montante de 13.257 horas trabalhadas mensalmente.

Quanto ao quantitativo dos médicos da atenção primária do município, foram encontrados 141 profissionais, sendo a maioria (58,8%) do sexo feminino, distribuídos em seis especialidades: clínica médica (24), saúde da família (102), ginecologia e obstetrícia (5), pediatria (9), dermatologia (1) e psiquiatria (1).

Esses 141 profissionais médicos eram responsáveis pelo atendimento de toda população do município de Aparecida de Goiânia. Dessa maneira, a razão médico/habitante na atenção primária foi de 0,24 médicos para cada mil habitantes.

A população atendida na atenção primária é constituída por bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Assim, analisando o atendimento da população infantil com

Tabela 1: Distribuição de médicos e especialidades no município de Aparecida de Goiânia, 2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	628	40,2
Masculino	934	59,8
Especialidades		
Clínicas	45	83,3
Cirúrgicas	09	16,7
Nível de atenção		
Primário	41	60,0
Secundário	23	34,0
Secundário /Terciário	04	06,0
Tipo de estabelecimento		
Público	68	54,4
Privado	57	45,6

Fonte: os autores, 2020.

idade inferior ou igual a 14 anos, existem 9 pediatras disponíveis e um quantitativo populacional de 139.147 habitantes nesse grupo, resultando em uma razão pediatra/habitante de 0,06 médicos pediatra para cada mil crianças, ou um pediatra para cada 15.460 crianças.

Assumindo a população idosa como referência, e tendo encontrado 4 geriatras na RAS, estabeleceu-se uma relação de 1 geriatra para cada grupo de 13.420 idosos (0,07 médicos/mil idosos).

Contrariando os dados da SMS de Aparecida, a busca no CNES apontou 68 estabelecimentos públicos de saúde no município e 57 estabelecimentos privados em convênio com o SUS. Em relação aos médicos que trabalhavam nesses locais, 1.024 atendiam apenas pelo sistema público, 466 somente particular e 72 atendiam nos dois âmbitos.

Considerando os estabelecimentos públicos, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), pertencentes ao nível de atendimento primário, corresponderam a 60,0% do total. Já o nível secundário, somou 23 (34,0%) estabelecimentos, sendo composto por serviços como ambulatorios multiprofissionais, centros clínicos, clínicas escolas,

serviços de saúde mental, unidades de pronto atendimento (UPA), Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS), Serviço de Assistência Especializada (SAE) e um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Finalmente, os estabelecimentos que possuíam caráter duplo de atendimento, mesclando serviços secundários e terciários, representaram 6% do total, sendo representantes desse grupo os hospitais de grande porte, maternidade e centro de reabilitação.

Ao se considerar a distribuição dos profissionais pelos níveis de atenção, o nível primário concentrou 141 médicos e o secundário abarcou 460 médicos (51,3% do sexo feminino e 48,7% do masculino) em 33 especialidades, que variaram desde a acupuntura até oncologia clínica (Tabela 2).

Os estabelecimentos que ofertam os níveis secundário e terciário concomitantemente abrangeram 1058 médicos (66,3% do sexo masculino) em 48 especialidades, como clínica (182 médicos), anestesiologia (137 médicos), cirurgia geral (95 médicos), ginecologia e obstetrícia (94 médicos), oftalmologia (81 médicos), radiologia e diagnóstico por imagem (75 médicos), ortopedia e traumatologia (70

médicos), cardiologia (57 médicos), pediatria (50 médicos), neurocirurgia (39 médicos), psiquiatria (32 médicos), medicina intensiva (24 médicos), neurologia (22 médicos), nefrologia (21 médicos), otorrinolaringologia (21 médicos), cirurgia vascular (15 médicos), angiologia (14 médicos), urologia (14 médicos), cirurgia cardiovascular (13 médicos), e demais áreas (102 médicos) (Gráfico 1).

Verificou-se que 81 profissionais eram regidos pelo vínculo empregatício do tipo estatutário. O vínculo do tipo não estatutário englobou um total de 1.854 contratos, sendo 1.165 vinculados diretamente ao SUS e 689 à rede privada conveniada de saúde. Dentre os profissionais vinculados ao SUS, os contratos englobavam as seguintes modalidades de vínculo: autônomos (08), bolsistas (62), comissionados (02), celetistas (234), contratados por tempo determinado (767), empregados públicos (06), estagiários (02), contratos de pessoas físicas (74), contrato de pessoa jurídica (01) e residentes (09).

Por fim, foi grande a diversidade de possibilidades quanto à carga horária exercida pelos profissionais do SUS, uma vez que a maior parte atua em regime de plantão, com escalas realizadas em horário comercial ou em regime de revezamento, que muda de acordo com o contrato de trabalho.

DISCUSSÃO

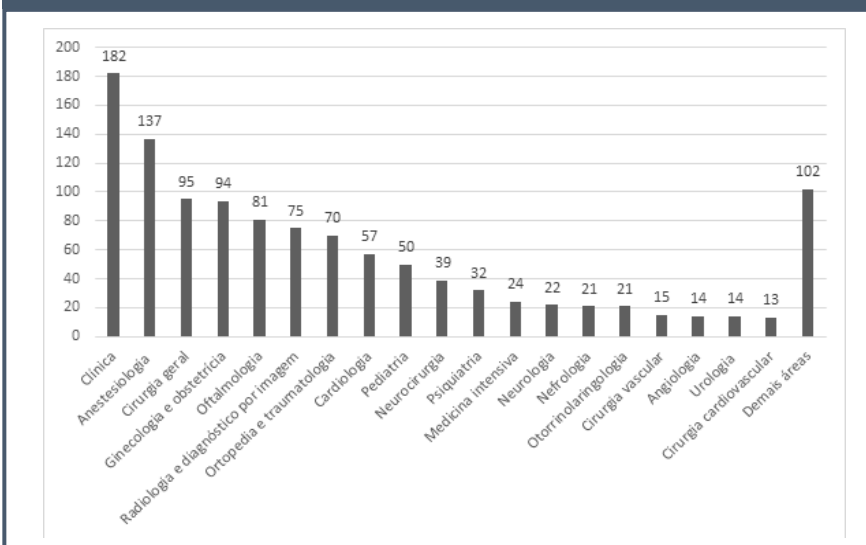
O estudo Demografia Médica no Brasil 2020, realizado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e pelo Conselho Federal de Medicina, revelou o enorme desafio da disponibilidade de médicos no Brasil. Apesar do país ter atingido a marca histórica de 500 mil médicos, a maior crise de saúde pública da história recente, provocada pela pandemia da COVID-19, evidenciou as fragilidades na oferta de serviços, e o quão fundamental é a existência de médicos em quantidade suficiente e bem distribuídos, para atender às necessidades de saúde da população⁽¹¹⁾.

Tabela 2 - Distribuição dos médicos por especialidades no nível secundário de atenção, Aparecida de Goiânia, 2020.

Especialidades	N	%
Clínica	286	62,2
Psiquiatria	23	5,0
Ginecologia e obstetrícia	22	4,8
Pediatria	21	4,5
Ortopedia e traumatologia	19	4,1
Dermatologia	12	2,6
Cirurgia geral	08	1,7
Otorrinolaringologia	08	1,7
Cardiologia	07	1,5
Neurologia	07	1,5
Gastroenterologia	06	1,3
Nefrologia	06	1,3
Reumatologia	06	1,3
Outras	37	8,0

Fonte: Os autores, 2020.

Gráfico 1: Distribuição dos médicos por especialidades no nível secundário/terciário de atenção, Aparecida de Goiânia, 2020.



A demografia médica é um processo dinâmico, influenciado pelo comportamento e pelas escolhas profissionais. As disparidades na distribuição de profissionais de saúde entre áreas rurais e urbanas,

e entre capitais e interior, com destaque para os profissionais médicos, é um dos impasses do setor de saúde no mundo, devido à dificuldade de fixação de médicos nas áreas mais vulneráveis e remotas. No

Brasil, um país de dimensões continentais, além dessas mesmas discrepâncias entre os meios rural e urbano, e capitais e interior, também está bem estabelecida e mapeada a desigualdade na distribuição de médicos e de escolas médicas entre as regiões, prevalecendo uma maior concentração nas regiões Sudeste e Sul ⁽¹²⁾.

Em 2020 o Brasil apresentou o maior quantitativo e a maior densidade de médicos já registrada, apresentando a razão de 2,38 médicos para cada 1.000 habitantes. Ao analisarmos a quantidade total de médicos que prestam serviços para o SUS em Aparecida de Goiânia, foi identificado que o município apresenta um número acima da média nacional e estadual, esta última apresentando razão de 2,28 médicos/mil habitantes ⁽¹¹⁾. Convém ressaltar que o cálculo da razão médico x habitante no âmbito nacional e do estado, considera o quantitativo total de médicos, enquanto a análise realizada no presente estudo considerou apenas os médicos que prestavam serviços para o SUS.

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) não possua um parâmetro específico, o Governo Federal utiliza como referência a proporção encontrada no Reino Unido (2,7 médicos por mil habitantes), por se tratar de um local com o segundo maior sistema universal de saúde do mundo, orientado pela atenção básica, ficando atrás apenas do Brasil ⁽¹³⁾.

A disponibilidade de profissionais de saúde qualificados, motivados, em número suficiente e alocados onde são necessários, com boas condições de trabalho é um fator primordial para o processo de gerenciamento e a prestação dos serviços de saúde no Brasil ⁽¹⁴⁾.

O termo feminização no mercado de trabalho se refere, normalmente, a um franco crescimento da população feminina em algumas profissões que historicamente eram desempenhadas pelos homens. Inicialmente, no final do século XIX, a profissionalização feminina acontecia relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, a mulher vinculada ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação ⁽¹⁵⁾.

No decorrer das últimas décadas, a diferença de gênero que durante séculos coibiu a entrada das mulheres na profissão médica, tem sido modificada por meio das conquistas dos direitos das mulheres. De uma profissão que até então tinha o predomínio da atuação pelas mãos masculinas, a medicina passa a ser uma profissão em que a maioria dos novos licenciados são mulheres ⁽¹⁶⁾. No entanto, a quantidade de homens ainda é superior entre os médicos em atividade no Brasil, mas essa diferença relacionada ao gênero vem diminuindo cada vez mais ⁽¹¹⁾. O presente estudo refletiu essa tendência ao mostrar a predominância feminina no âmbito da APS, porém, no contexto geral, os homens ainda representaram a maior parte do contingente de profissionais médicos.

No que tange às especialidades médicas, convém ressaltar que são inúmeros os fatores que pesam no momento dos estudantes de Medicina tomarem a decisão quanto à especialidade a ser seguida. A decisão é influenciada por componentes como a personalidade, estilo de vida e experiências progressas na especialidade almejada ⁽¹⁷⁾.

Infelizmente na medicina, a discriminação de gênero ainda é vivenciada em algumas especialidades, podendo destacar as áreas cirúrgicas, na qual a maioria das cirurgiãs afirmam haver machismo e preconceito, tanto por parte de pacientes, quanto pelos colegas de trabalho ⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, observou-se que no município de Aparecida de Goiânia, as mulheres também são minorias nas especialidades cirúrgicas, e por outro lado, foi marcante a presença feminina em três especialidades: pediatria, saúde da família e ginecologia/obstetrícia, assim como acontece no cenário nacional, no qual é notória a maior participação das mulheres nas especialidades relacionadas à atenção básica à saúde. Logo, essa sub-representação das mulheres em algumas especialidades, principalmente nas áreas cirúrgicas e a maior representação em pediatria e cuidados primários, gera uma preocupação sobre o futuro de certas especialidades ⁽¹⁹⁾.

No levantamento presente, algumas

áreas destacaram-se, como Clínica médica, Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia, Oftalmologia e Radiologia/Diagnóstico por Imagem, que somaram 70,7% de todos os títulos de especialista da cidade, corroborando com o cenário nacional, onde as mesmas especialidades representam 63,6% de todos os títulos na área médica ⁽¹¹⁾. Os dados demonstram a desigualdade de divisão dos profissionais entre as especialidades médicas existentes no município, o que pode resultar em filas para o atendimento a depender da especialidade, implicando em ônus para a população e sobrecarga do sistema de saúde.

A quantidade de reumatologistas no Brasil é um exemplo que evidencia essa desigualdade de divisão dos médicos entre as especialidades. É observado relativa escassez desses especialistas, até mesmo nas capitais, o que culmina em dificuldades no acesso a esse serviço. Embora não exista uma metodologia universalmente reconhecida para estimar a ideal relação médico/habitante, o Royal College of Physicians, no Reino Unido, supõe como ideal a proporção de um reumatologista para cada 86.000 habitantes ⁽²⁰⁾. Obtendo essa proporção como ponto de partida para comparação com o município de Aparecida de Goiânia, a relação médico/habitante encontrada está abaixo do proposto pelo Royal College of Physicians, alcançando uma razão de aproximadamente um reumatologista para cada 98.000 habitantes.

Além dessa desigualdade entre as especialidades, existe a má distribuição de médicos em todo o território brasileiro, com ênfase na escassez de médicos na Atenção Primária à Saúde (APS) ⁽²¹⁾. Para resolver essa problemática, que é um obstáculo para a universalização do acesso à saúde, houve ao longo de tempo, várias iniciativas para atrair e fixar profissionais dessa área em regiões remotas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM). Dentre todas as iniciativas, a que obteve maior sucesso e impacto nas áreas

vulneráveis foi o PMM⁽²²⁾. Implantado em 2013 no Brasil, o PMM tem o objetivo de reduzir as desigualdades no acesso à APS. No entanto, apesar de ter reduzido a escassez de médicos nas áreas vulneráveis, atualmente essa desigualdade de distribuição ainda é uma realidade no país⁽²¹⁾.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do SUS. Ela constitui o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, envolvendo promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, e é realizada por uma equipe multiprofissional. Ademais, a Atenção Básica é responsável por ordenar os fluxos e os contrafluxos de pessoas dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de ter o dever de ser resolutiva, sendo capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, encaminhando o usuário para outros pontos da rede, quando necessário⁽²³⁾. Diante disso, é relevante a importância do nível de atenção primário para que a população brasileira possa ter uma vida digna e saudável.

A Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde, considerada como um meio de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. Essa equipe é composta no mínimo por médico, enfermeiro, sendo de preferência, ambos especialistas em saúde da família e comunidade; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece que cada eSF deve ter uma população adscrita de 2000 a 3500 pessoas, lembrando que esse número pode sofrer variações para mais ou para menos conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária⁽²³⁾. A cidade de Aparecida de Goiânia possui uma população estimada de 590.160 habitantes e 102 médicos da Estratégia de Saúde da Família. No entanto, dados da SMS do município, apontam apenas 89 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) homologadas, o que resulta em uma cobertura de 60,3% da população pela ESF. Embora a razão de médicos por habitante no município seja

satisfatória e superior à do Brasil, um percentual importante do território encontra-se descoberto pela ESF.

O estudo também evidenciou a fragilidade dos vínculos empregatícios quando se trata do campo da saúde, em especial da classe médica, caracterizada pela multi-

Infelizmente na medicina, a discriminação de gênero ainda é vivenciada em algumas especialidades, podendo destacar as áreas cirúrgicas, na qual a maioria das cirurgiãs afirmam haver machismo e preconceito, tanto por parte de pacientes, quanto pelos colegas de trabalho

plicidade de vínculos, pelo acúmulo e simultaneidade de trabalhos. Em Aparecida de Goiânia, o corpo médico que integra o sistema de saúde público é composto predominantemente por profissionais vinculados ao regime não estatutário, com contratos precários e inobservância de di-

reitos trabalhistas. O vínculo de trabalho instável ou temporário é visto como um fator adverso à assistência⁽²⁴⁾.

O acúmulo de serviços é uma constante na vida dos profissionais médicos brasileiros. No Ceará, dos 7.008 médicos vinculados ao Estado, 3.751 (53,5%) possuíam entre dois e quatro vínculos, e 39 (0,6%) de 11 a 20 vínculos⁽²⁵⁾.

Quanto à jornada de trabalho do médico, esta é definida como o tempo em que este está à disposição do seu exercício profissional, sendo medida pelo número de horas trabalhadas em uma semana típica, somados os vários vínculos de trabalho e ocupações informadas⁽¹¹⁾. Neste estudo, a carga horária semanal somada dos profissionais, foi cerca de duas vezes maior em ambiente ambulatorial comparado ao ambiente hospitalar. Ademais, em âmbito nacional, é possível notar uma sobrecarga horária entre os médicos, que ocorre devido à má distribuição destes, ao desequilíbrio na composição das equipes de saúde e à desqualificação profissional em saúde pública e gestão em saúde. Assim, esse maior encargo na carga horária cumprida pelos profissionais da saúde leva-os a situações de trabalho alarmantes, em que a capacidade física e emocional é esgotada e, consequentemente, a qualidade de atendimento da saúde comprometida⁽²⁶⁾.

Os resultados apresentados poderão servir para melhor compreensão da demografia médica no município de Aparecida de Goiânia, distribuição dos profissionais, especialidades com maior número de médicos e possíveis déficits na rede de atenção. Juntamente com outros levantamentos na área, poderá colaborar com gestores para uma otimização da organização dos serviços.

CONCLUSÃO

A razão médico/habitante no município de Aparecida de Goiânia é relativamente boa, mostrando-se compatível com outros países como Reino Unido, Canadá e Estados Unidos. A maioria dos médicos do município eram do sexo masculino e vinculados ao nível de atenção secundário

e terciário. Foi possível perceber a fragilidade dos vínculos empregatícios no município e a desigualdade de distribuição do quantitativo de profissionais e especialidades na rede.

Como limitações do presente estudo podemos apontar aquelas próprias das pesquisas com base de dados secundários, referente a qualidade do preenchimento

dos dados e alimentação dos sistemas de informação. Além disso, como a contratação de profissionais médicos é de grande rotatividade, os dados podem não representar fielmente o cenário atual do quadro de colaboradores. Em contrapartida, destacamos como ponto forte que este é o primeiro estudo em Goiás que se propôs a conhecer a demografia médica de um mu-

nícipio a partir de dados do CNES.

Espera-se que outros trabalhos, que relacionem o perfil dos profissionais às demandas locais, possam ser desenvolvidos e assim colaborem para futuros ajustes na contratação e alocação de médicos, bem como na melhoria da assistência prestada à população.

REFERÊNCIAS

1. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cad Internato Rural FM/UFMG*. 2001;35(1):1-35.
2. Paim JS, Travassos CMR, Almeida CM, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011; 11:60054-8.
3. Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*. 1990:18.055.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*. 2011; Seção 1.
5. Carneiro F. Falta de médicos é o principal problema do SUS, mostra Ipea. *G1 Brasil*. 2011 Fev 09. Disponível em: <http://glo.bo/epAxQl>
6. CFM. Conselho Federal de Medicina. Demografia médica: Brasil possui médicos ativos com CRM em quantidade suficiente para atender as demandas da população. 2018 Nov 26. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/demografia-medica-brasil-possui-medicos-ativos-com-crm-em-quantidade-suficiente-para-atender-demandas-da-populacao/>
7. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. O trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH. 2011:171-86.
8. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8): 1555-64.
9. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES. Brasil, Ministério da Saúde. 2000 - [citado 12 Fev 2020]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Lnd_Clientela.asp
10. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Aparecida. Unidades de Atendimento. Disponível em: <http://saude.aparecida.go.gov.br/unidades-de-atendimento/>
11. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM. 2020;312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.
12. Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia-Brasil. *Rev. bras. educ. med.* 2014;38(4):451-9.
13. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Saúde Mais Médicos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf
14. Oliveira APC, Gabriel M, Dal Poz MR, et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017;22(4):1165-80.
15. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea digital*. 2013;13(2):239-44.
16. Ávila RC. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Rev. bras. educ. med.* 2014;38(1):142-9.
17. Watte G, Manfroi WC, Machado CLB, et al. Componentes determinantes na escolha da especialização em novos profissionais médicos. *Rev. bras. educ. med.* 2015;39(2):193-5.
18. Paulo D, Assis MS, Kreuger MRO. Análise dos fatores que levam mulheres médicas a não optarem por especialidades cirúrgicas. *Rev Med (São Paulo)*. 2020;99(3)230-5.
19. Soares FJP, Leite JA, Melo MC, et al. Tendência histórica de feminização em curso médico brasileiro. *CIAIQ2019*. 2019;2: 206-13.
20. Albuquerque CP. Inequidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. *Rev. Bras. Reumatol*. 2014;54(3):166-71.
21. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016;21(09):2675-84.
22. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2017 [citado 20 Jun 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
24. Trevisan ER, Castro SS, Camargo FC, Santos NTO, Pereira GA, Silva KS. Inquérito sobre proteção ocupacional e perfil dos trabalhadores de hospitais regionais de referência para a COVID-19. *Rev Saude Coletiva*. 2022;12: 9545-51.
25. Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):950-6.
26. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(10):1924-6.