



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CÂMPUS DE NAVIRAÍ – CPNV



Vanessa Alves da Silva

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SERVIÇOS DE SAÚDE: Análise da disponibilidade de
profissionais médicos em Naviraí/MS**

Orientação:

Professora Doutora Sibelly Resch

Naviraí-MS

2021

SERVIÇOS DE SAÚDE: Análise da disponibilidade de profissionais médicos em Naviraí/MS

Vanessa Alves da Silva

RESUMO

O território brasileiro é permeado pela desigualdade na distribuição dos profissionais médicos. A disponibilidade desses profissionais é um fator importante para a qualidade dos serviços de saúde. O objetivo deste trabalho é analisar a relação entre o quantitativo de profissionais médicos e a população do município de Naviraí/MS. A pesquisa caracteriza-se como quantitativa e descritiva quanto à sua natureza e os dados foram coletados em fontes documentais e levantamento de informações primárias por telefone. Os resultados do estudo indicam que o município de Naviraí possui menos de um médico por mil habitantes, número abaixo da média estadual e nacional. Todavia, esse resultado é compatível com os municípios do interior e municípios da mesma faixa populacional. Identificou-se também pouca diversidade de especialidades médicas na saúde suplementar num município que é polo microrregional e que poderia atender a população dos municípios vizinhos. Os resultados corroboram com a necessidade de continuidade do Programa Mais Médicos visando a ampliação do quantitativo de profissionais médicos no país, sua melhor distribuição no território e o aumento do número de especialistas para atendimento da população brasileira.

Palavras-Chave: Serviços de saúde; Disponibilidade; Médicos; Naviraí-MS.

1 INTRODUÇÃO

Na Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se um direito do cidadão. Deste modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é ofertado pelo Estado, ou seja, é público e universal. Todavia, os serviços de saúde são complementados pela iniciativa privada e instituições sem fins lucrativas. Portanto, o sistema de saúde no Brasil é considerado misto quanto ao seu financiamento e provimento (MAIA; CARVALHO, 2020). Os serviços privados atuam principalmente “por meio de contratos de plano de saúde abarcando cerca de 25% da população”, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) de 2017 (MAIA; CARVALHO, 2020, p. 538).

Os serviços de saúde se caracterizam pelo contato direto ou indireto com as instituições de saúde, tais como consultas médicas, hospitalizações, realização de exames preventivos e diagnósticos. Deste modo, a utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre o indivíduo que procura cuidados com o profissional que irá indicar os serviços conduzindo-o dentro do sistema de saúde. Neste sentido, são os profissionais de saúde que definem o tipo e a intensidade de recursos necessários para solucionar os problemas dos pacientes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Todavia, conforme ressaltam Araújo et al. (2017), a utilização dos serviços de saúde parte das necessidades dos indivíduos, mas demanda a disponibilidade de recursos humanos, estrutura física, equipamentos e insumos. É importante destacar que a disponibilidade se relaciona à relação entre “o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2867), enquanto a acessibilidade envolve a relação entre a oferta e a distância dos usuários, envolvendo a forma de deslocamento e os custos (ASSIS; JESUS; 2012).

A disponibilidade de recursos humanos é um fator importante para o planejamento dos serviços oferecidos à população. No Brasil, após a implantação do Programa Mais Médicos e da abertura de novos cursos de medicina, identifica-se um salto quantitativo no número de profissionais. Entretanto, permanece a desigualdade de distribuição destes médicos, com “escassez ou baixa presença de médicos no interior, nos locais de baixa densidade populacional, nas áreas suburbanas dos grandes centros e em determinados serviços do SUS” (SCHEFFER et al., 2018, p. 11).

Para Campoy et al. (2020, p.2), embora a política de saúde “priorize a organização de equipes multiprofissionais, a alta rotatividade de trabalhadores, especialmente médicos e

enfermeiros, tem provocado a descontinuidade e fragmentação do cuidado por eles prestado”. Para estes autores, poucos estudos buscam observar a distribuição espacial e a tendência temporal dos recursos humanos tanto no SUS como na Saúde Suplementar.

Neste sentido, esta pesquisa parte da seguinte questão de pesquisa: Como está a disponibilidade de médicos generalistas e especialistas em Naviraí/MS? O objetivo do estudo é analisar a relação entre o quantitativo de profissionais médicos e a população do município. Espera-se que o estudo possa contribuir com uma melhor compreensão da realidade local visando o aprimoramento do serviço de saúde para os munícipes de Naviraí/MS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Saúde Pública: Sistema Único De Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza, em sua política de saúde, um conjunto de ações que possibilitem a execução dos princípios da universalidade do acesso; a integralidade e a equidade da atenção à saúde; descentralização da gestão; regionalização e hierarquização; e participação popular por intermédio do controle social (LOPES et al., 2015).

Com a CF/1988, a perspectiva de saúde tornou-se mais ampla, incluindo “ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária)” (SCHERER; MARINO, RAMOS, 2005, p. 54). Deste modo, no processo de implantação do SUS, introduziu-se a concepção hierárquica de níveis de assistência à saúde a partir da edição do NOAS SUS 01/2002: atenção básica (AB), média complexidade (MC) e alta complexidade (AC) (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

O termo atenção básica foi adotado pelo governo brasileiro e, em que pese as diferenças conceituais apontadas por Mello, Fontanella e Demarzo (2009), identifica-se esse nível também com a nomenclatura de Atenção Primária à Saúde. De acordo com Pedroso e Malik (2011), entre 80 e 90% dos atendimentos em saúde são de baixa complexidade, ou seja, são realizados pela atenção básica. Trata-se do atendimento inicial em saúde, responsável tanto pela prevenção de doenças, resolução de casos mais simples e direcionamento para os níveis superiores (média e alta complexidade) (BRASIL, 2007).

Os serviços de saúde de média complexidade, por sua vez, são caracterizados como

aqueles que atendem ou solucionam os problemas e agravos da saúde demandando profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2007). Já a alta complexidade consiste num conjunto de procedimentos que “envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2007, p. 18).

Os níveis hierárquicos de atendimento à saúde se relacionam à gestão do sistema de saúde no país. A Norma Operacional Básica (NOB 96) (BRASIL, 1996) formalizou a descentralização da política de saúde transferindo aos municípios a competência prioritária para a gestão da atenção básica (PREUSS, 2018). Em 2001, dando continuidade ao processo de descentralização, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) sistematizando o processo de regionalização do sistema único de saúde com o objetivo de garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis. De acordo com a norma, a assistência de alta complexidade deve ser realizada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, enquanto a média complexidade pode ser oferecida tanto no âmbito microrregional como macrorregional ou estadual, conforme a disponibilidade tecnológica e de profissionais especializados. Para esse ordenamento, a norma prevê a instituição de Planos Diretores de Regionalização, cabendo às Secretarias de Estado de Saúde e do Distrito Federal a elaboração do documento e definição das macro e micro regiões de saúde (BRASIL, 2001).

2.2 O Programa Mais Médicos e a disponibilidade dos profissionais médicos no Brasil

O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2019). De acordo com Matias et al. (2019, p. 120) “o PMM é oriundo de um contexto de reivindicações, principalmente quanto ao déficit de provimento de profissionais, que se agravou com a expansão dos serviços públicos de saúde no início da década de 2010”. O PMM começou a ser construído em 2013 (MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2019). Neste ano, segundo um levantamento do Conselho Federal de Medicina a distribuição dos profissionais médicos no Brasil “chegava a 1,8 por mil habitantes, média que, associada a uma distribuição deficitária em algumas regiões do país, configurava uma realidade desigual” (MATIAS et al., 2019, p.120). Neste mesmo levantamento,

identificou-se que somente 8% dos médicos estavam atuando nos municípios com população inferior a 50mil habitantes (MATIAS et al., 2019).

Já Girardi et al. (2016) apontam que anteriormente ao lançamento do programa, 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, corroborando com Matias et al. (2019) quando afirma os municípios de menor porte e mais distantes, especialmente das regiões mais pobres e carentes do Norte e Nordeste eram as mais afetadas pela indisponibilidade de profissionais médicos.

O programa, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, prevê também mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação dos profissionais de saúde. O programa busca resolver questões emergenciais do atendimento básico ao cidadão ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. Também visa melhorias na qualidade e humanização do atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade (MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2019).

Dois anos após a criação do PMM, o programa conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2019).

É importante ressaltar que o Programa pode ser considerado uma das mais importantes políticas de gestão do trabalho e de gestão da educação em saúde desenvolvidas no âmbito do SUS nos últimos anos. Voltado para a resolução de problemas no campo das capacidades humanas em saúde, com foco na formação e no modelo assistencial, particularmente, na área da medicina, mas com rebatimento positivo na gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, melhorando o acesso aos serviços de saúde e resolvendo situações de iniquidades em saúde, já que o Programa surgiu também com a intenção de resolver problemas de vazios assistenciais (MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2010).

Numa revisão sistemática da literatura Martin et al. (2020) analisaram os resultados do PMM no desempenho da Atenção Primária à Saúde, especificamente no quesito provimento de

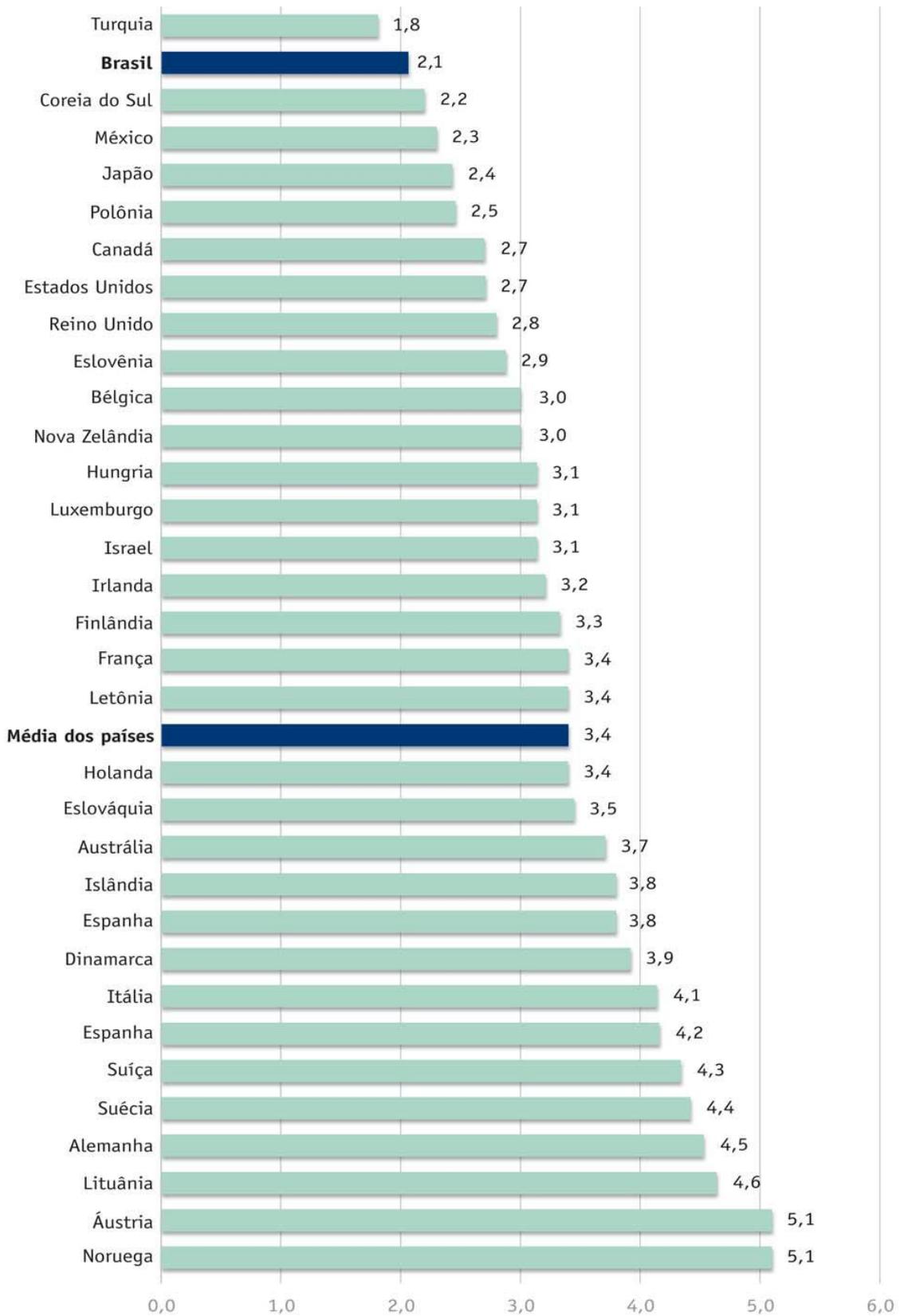
médicos/recursos humanos, nos municípios brasileiros. A partir dos trabalhos analisados, destacaram que houve aumento da quantidade de médicos, expansão quantitativa e qualitativamente das equipes da Estratégia Saúde da Família, melhora da agilidade na atenção primária, aumento de consultas e procedimentos humanizados.

Para compreender melhor a distribuição dos profissionais médicos no contexto brasileiro, recorre-se ao estudo Demografia Médica realizado por Scheffer et al. (2018) realizado com a coleta e análise de dados secundários em diferentes bases: Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), Conselho Federal de Medicina (CFM), Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Comissão Nacional de Residência Médica (CNMR) e Sociedades de Especialidades Médicas vinculadas à Associação Médica Brasileira (AMB).

Em janeiro de 2018, o Brasil contava com o total de 452.801 médicos, correspondendo à razão de 2,18 médicos por mil habitantes. Na década de 1980, a razão de médicos por mil habitantes era de 1,15. Além da abertura de novos cursos, especialmente a partir de 2010, levando a um aumento no número de médicos, a taxa de crescimento da população brasileira vem diminuindo anualmente somando a maior longevidade profissional dos médicos, levando a um aumento da razão médico/habitante (SCHEFFER et al., 2018).

A Figura 01 apresenta uma comparação da razão de médicos por mil habitantes entre países da OCDE. Observa-se que o Brasil, apesar do crescimento do número de médicos e da diminuição da razão de médicos/habitantes das últimas décadas, ainda possui indicador inferior à média dos países analisados que é de 3,4 médicos/mil habitantes. Importante destacar que essa razão é desigual no território brasileiro, conforme se destacará no decorrer deste estudo.

Figura 01 - Médicos por mil habitantes, segundo países selecionados da OCDE – Brasil, 2018

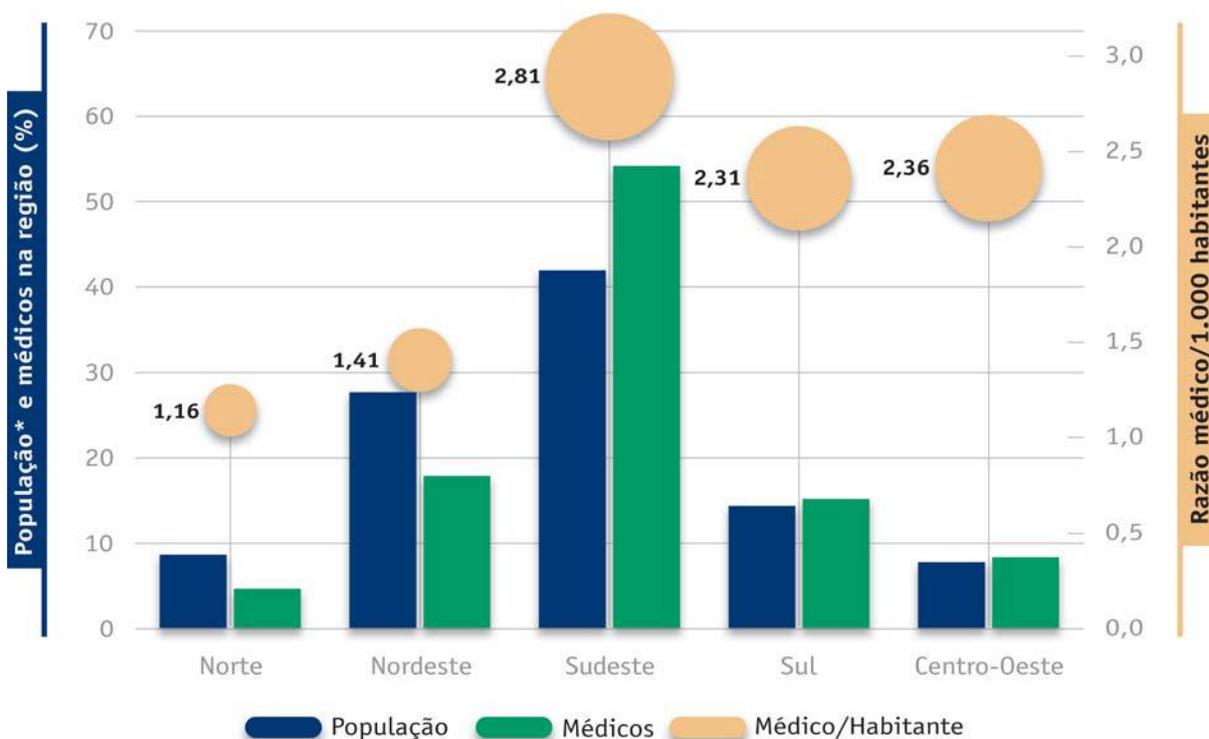


Fonte: Scheffer et al. (2018)

Considerando dados de 2017, a maioria dos médicos (54,4%) são homens. Entretanto, a diferença vem diminuindo a cada ano. No grupo até 29 anos, as mulheres são maioria entre os médicos mais jovens (57,4%). No estado de Mato Grosso do Sul, há prevalência de médicos homens (60,5%). Quanto à idade média do conjunto de médicos, observa-se um juvenescimento resultante principalmente de novas vagas e cursos no país. Em 2018, a média de idade era de 45,5 anos. O estado de Mato Grosso do Sul possui menor média de idade junto com o Ceará considerando todos os estados brasileiros (44,1) (SCHEFFER et al., 2018).

A Figura 02 apresenta a razão médicos/mil habitantes para as diferentes regiões do Brasil. Observa-se uma significativa desigualdade quando se compara as regiões Norte e Nordeste com as demais regiões do país. Importante ressaltar que o indicador da região centro-oeste é elevado principalmente pela razão médico/habitantes do Distrito Federal (4,35). Os estados que possuem a menor razão médico por mil habitantes são Maranhão (0,87) e Pará (0,97), ou seja, há menos de um médico por grupo de mil habitantes. O Mato Grosso do Sul possuía 2,04 médicos/mil habitantes em 2018, totalizando uma população de 5.525 médicos.

Figura 02 - Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões – Brasil, 2018

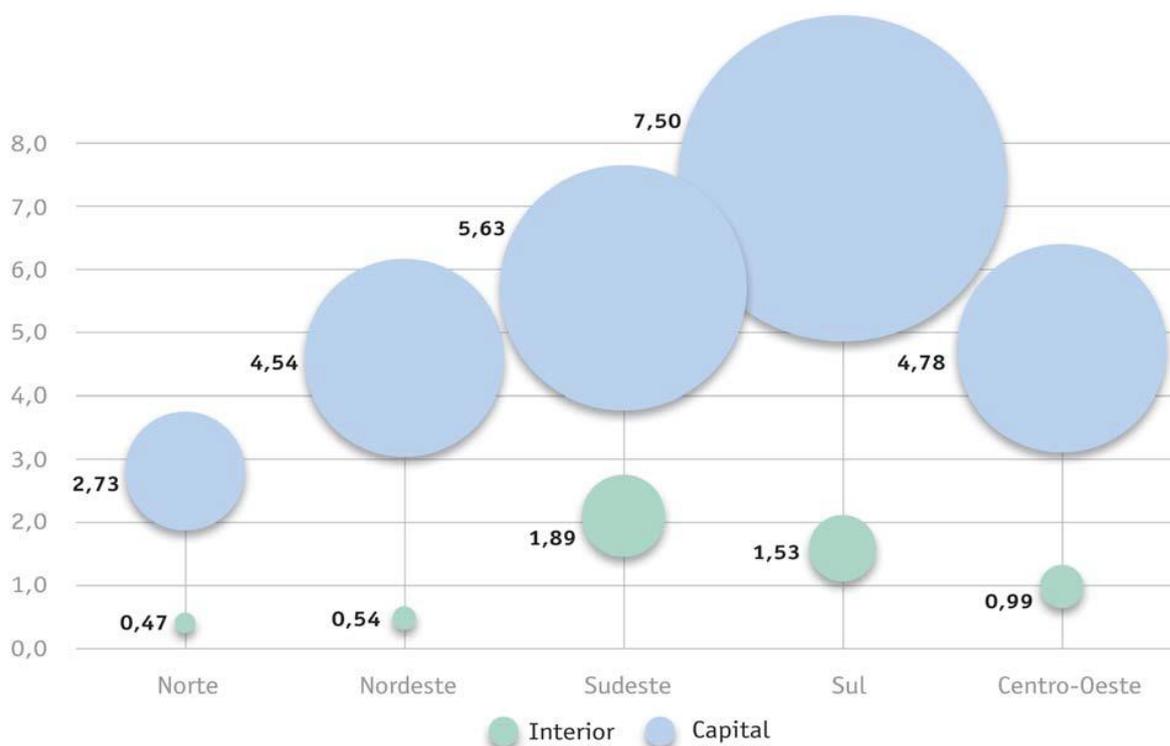


Fonte: Scheffer et al. (2018)

A comparação realizada por Scheffer et al. (2018) indica a desigualdade presente entre as macrorregiões do país. Todavia, os autores também identificaram a desigualdade que permeia

o território de cada estado da federação brasileira (Figura 03), com elevada concentração de médicos nas capitais. Para se ter uma ideia, enquanto as 27 capitais reúnem 23,8% da população, o percentual de médicos é de 55,1, ou seja, “mais da metade dos registros médicos em atividade se concentra nas capitais” (SCHEFFER et al., 2018, p. 45). No estado do Amazonas a concentração de médicos na capital é extrema, 93,1% dos médicos atuam em Manaus.

Figura 03 - Distribuição de médicos por mil habitantes entre capitais e interior, segundo grandes regiões – Brasil, 2018



Fonte: Scheffer et al. (2018)

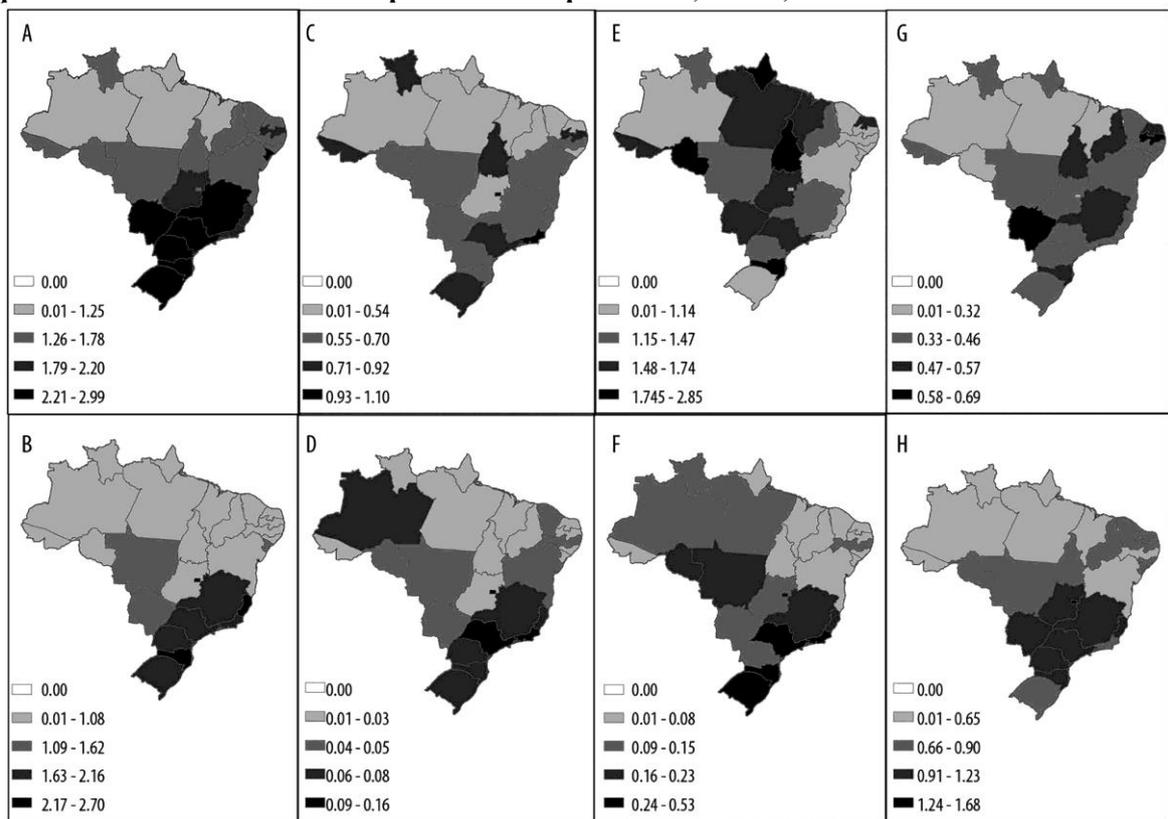
A região Centro-Oeste segue essa mesma tendência, com uma razão bastante superior de médicos por mil habitantes nas capitais (4,78) comparativamente ao interior, especialmente no estado de Goiás com razão de 6,19 médicos/mil habitantes, indicando forte concentração de médicos na capital. No estado de Mato Grosso do Sul, a razão médico/habitantes para Campo Grande é de 3,68 enquanto no interior do estado essa razão cai para 1,47.

Campoy et al. (2020), na análise sobre a distribuição espacial e a tendência temporal de recursos humanos para o SUS e para a Saúde Suplementar no Brasil considerando o período de 2005 a 2016, observaram no caso do estado de Mato Grosso do Sul uma tendência estacionária em relação ao quantitativo de médicos no SUS e crescente em relação à saúde suplementar no

estado. Já em relação a distribuição espacial de recursos humanos para o SUS e a Saúde Suplementar relativo ao ano de 2013, observa-se na Figura 04 que no Mato Grosso do Sul o quantitativo de profissionais médicos por 1.000 habitantes (Figura A) estava na faixa mais alta (2,21 a 2,99 médicos por 1.000 habitantes).

Apesar da divergência em relação aos dados apresentados por Scheffer et al. (2018) que identificaram razão inferior de médicos/habitantes no estado de MS em período posterior, a análise de Campoy et al. (2020) ajuda a compreender a diferença entre o quantitativo de médicos no sistema público e suplementar de saúde (Figura 04). Deste modo, observa-se que o quantitativo de médicos que atendem na Saúde Suplementar no Estado é bem menor, posicionando o estado na terceira faixa de classificação (1,09 a 1,62 médicos por 1.000 habitantes).

Figura 04 - Distribuição espacial da cobertura de profissionais de saúde (por 1.000 habitantes) pelo Sistema Único de Saúde e pela Saúde Suplementar, Brasil, 2013



Legenda:

A- Médicos SUS; B- Médicos Saúde Suplementar; C- Enfermeiros SUS; D- Enfermeiros Saúde Suplementar;
 E- Técnicos de enfermagem SUS; Técnicos de enfermagem Saúde Suplementar; G- Cirurgiões-dentistas
 SUS; H- Cirurgiões-dentistas Saúde Suplementar



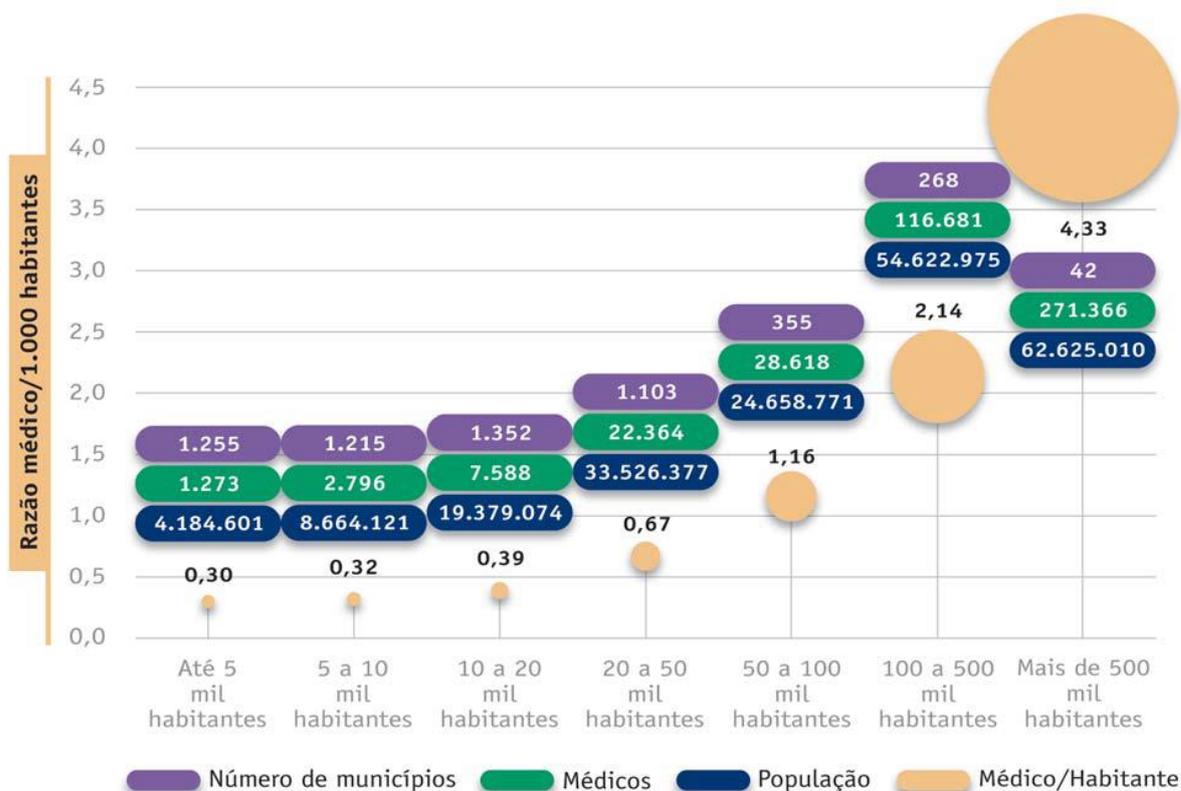
Fonte: Campoy et al. (2020)

Quanto analisadas os diferentes estados brasileiros, observa-se a desigualdade na

distribuição da força de trabalho dos profissionais de saúde no Brasil. Além das desigualdades macrorregionais, é possível que ocorram desigualdades entre as regiões de um estado. Neste sentido, identificar e analisar essa disponibilidade nas diferentes regiões de um estado é importante para o planejamento da gestão de saúde.

Outra análise interessante realizada por Scheffer et al. (2018) foi a estratificação por número de habitantes (Figura 05). Os autores concluíram que o Brasil é um país de extremos, pois algumas cidades possuem taxas similares a de países africanos enquanto municípios “entre 100 e 500 mil moradores têm razão próxima à de cidades de países desenvolvidos. E naquelas acima de 500 mil, a proporção médico/habitante muitas vezes supera à de capitais das nações europeias ricas” (SCHEFFER et al. 2018, p. 51). Nos municípios até 50 mil habitantes a razão médico/mil habitantes varia de 0,3 a 0,67. No extrato de 50 a 100 mil, a taxa praticamente dobra (1,16). Na faixa de 100 a 500 mil habitantes ocorre o mesmo, praticamente dobrando a taxa (2,14) e nos municípios acima de 500 mil a taxa é de 4,33.

Figura 05 - Distribuição de médicos e razão médico por mil habitantes, segundo estratos populacionais de municípios – Brasil, 2018



Fonte: Scheffer et al. (2018)

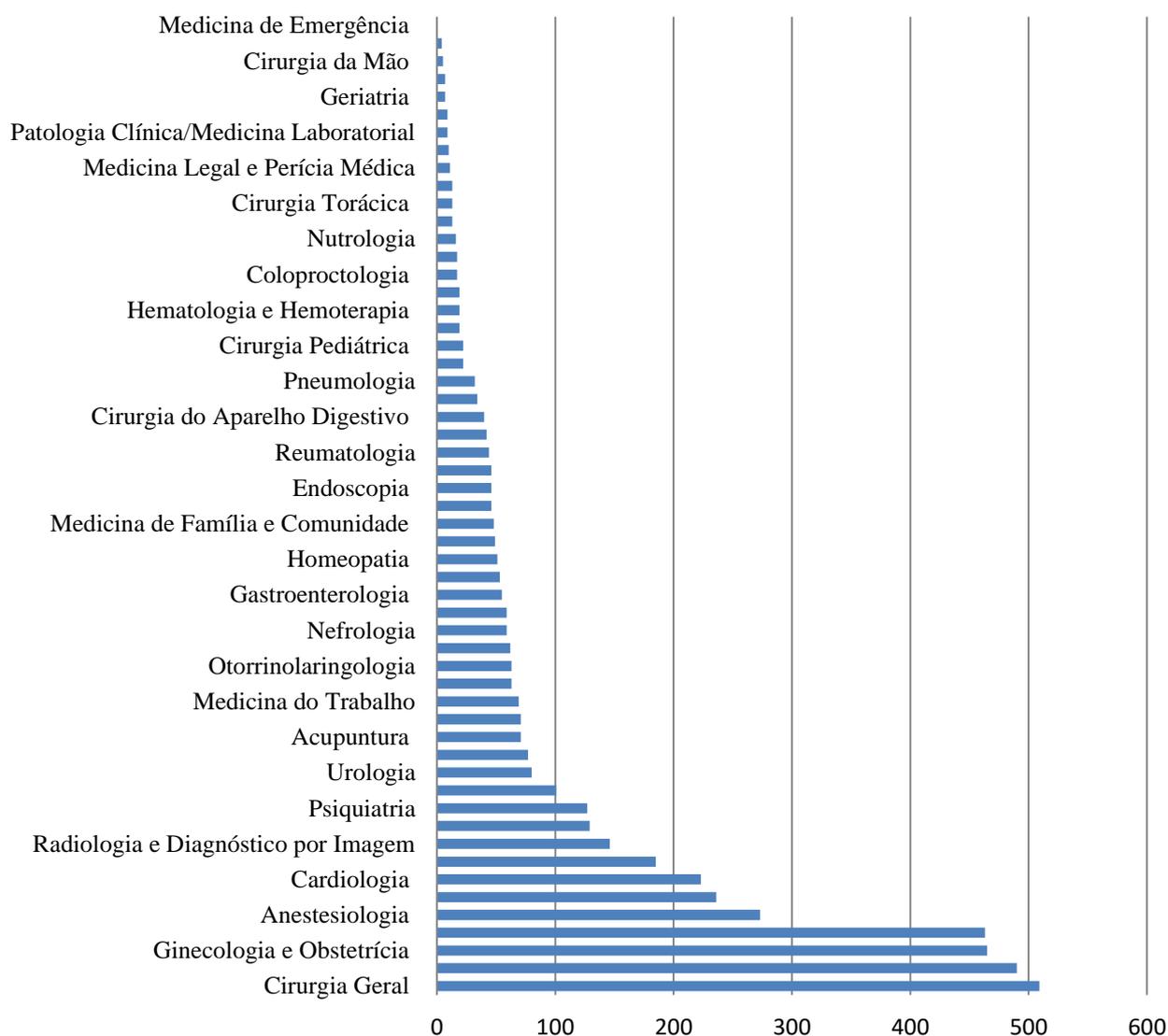
Em relação ao quantitativo de especialistas/generalistas, Scheffer et al. (2018) identificaram que 62,5% dos médicos em atividade no país tem um ou mais títulos de especialista enquanto 37,5% são considerados generalistas. Os autores destacam que foram considerados os títulos em 55 especialidades médicas reconhecidas. A razão é de 1,67 especialistas para cada generalista no país. Importante destacar que vem ocorrendo um aumento no número de especialistas no Brasil, sobretudo em razão da expansão dos programas e do número de vagas para a residência médica.

Em relação à especialidade médica, quatro formações concentram quase 40% dos especialistas: clínica médica (11,2%), pediatria (10,3%), cirurgia geral (8,9%) e ginecologia e obstetrícia (8%). Posteriormente, as especialidades com mais número de títulos são “Anestesiologia (com 6%), Medicina do Trabalho (4,2%), Ortopedia e Traumatologia (4,1%), Cardiologia (4,1%), Oftalmologia (3,6%) e Radiologia e Diagnóstico por Imagem (3,2%). Essas seis especialidades, somadas às quatro básicas, representam 63,6% de todos os títulos” (SCHEFFER et al., 2018, p. 109).

Na comparação entre médicos generalistas e especialistas com os países da OCDE, o Brasil fica próximo da média em relação ao percentual de generalistas que é de 63,1% para os países analisados (mesmos países da Figura 01). Importante destacar que a Noruega, por exemplo, é o país que tem a maior razão de médicos/mil habitantes (5,1), mas é o país que apresenta menor proporção de especialistas (41,3%), seguido da Irlanda com 43,7%. Já os Estados Unidos, apesar de apresentarem razão de 2,7 médicos/mil habitantes, possuem o maior percentual de especialistas (88,1%) (SCHEFFER et al., 2018).

No estado de Mato Grosso do Sul, 36,8% dos médicos são generalistas, totalizando 2.035 médicos, enquanto 3.490 são especialistas (63,2%). O total de médicos por especialidade no MS é apresentado na Figura 06. Observa-se que as especialidades que possuem maior quantitativo de profissionais são cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica médica. As quatro especialidades são as mesmas identificadas anteriormente como as que mais prevalecem no território brasileiro, entretanto, a ordem é um pouco diferente no MS, com maior incidência de profissionais na área de cirurgia geral, ficando a clínica médica em terceiro lugar no estado.

Figura 06 – N° de profissionais médicos especialistas no estado de Mato Grosso do Sul



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Scheffer et al. (2018)

É interessante observar que algumas especialidades médicas têm poucos profissionais médicos especialistas no MS, como é o caso da geriatria. No período analisado, a razão de geriatras/mil habitantes no MS ficou na menor faixa (0,00 - 0,26), a mesma de estados como Amazonas e Rondônia. Já no caso da genética médica, apesar do número de especialistas ser baixo, o MS ficou classificado na maior faixa de razão de médicos/mil habitantes (0,15 – 0,63).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa foi identificar a disponibilidade de profissionais médicos no município de Naviraí/MS e analisar a razão entre o número de médicos disponíveis para atendimento da população, caracteriza-se o estudo como de natureza

quantitativa e descritiva (GIL, 2017).

Quanto aos procedimentos técnicos para a coleta de dados foi realizado um levantamento de informações secundárias em portais da internet (clínicas e órgãos públicos – Prefeitura Municipal de Naviraí e Portal da Transparência do Governo Federal) e também informações primárias por meio de ligações telefônicas para as clínicas e consultórios de saúde de Naviraí. Portanto, quanto aos procedimentos, a pesquisa caracteriza-se como pesquisa documental e levantamento (GIL, 2017). Os dados foram coletados entre outubro de 2020 e fevereiro de 2021.

Os dados obtidos foram compilados numa planilha de Excel. Para a identificação do total de profissionais médicos que atuam no município de Naviraí comparou-se os dados dos médicos contratados ou efetivos na Prefeitura Municipal de Naviraí com os resultados obtidos sobre o atendimento em clínicas e consultórios (saúde suplementar).

Para que fosse possível analisar o quantitativo de profissionais, foi necessário localizar uma base para comparação. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e localizou-se o estudo de Scheffer et al. (2018). Neste estudo, os autores apresentam o quantitativo de médicos/mil habitantes para o Brasil e outros países da OCDE. Também apresentam as informações para as cinco regiões do Brasil, para o nível estadual e desagregam os indicadores para situações específicas, como capital/interior e número de habitantes. Essas informações foram apresentadas na estrutura da fundamentação teórica para que fosse possível comparar os dados de Naviraí com outras localidades. Não foram encontrados outros documentos ou estudos em busca realizada no buscador Google e no Google Acadêmico que pudessem subsidiar complementarmente a análise proposta neste trabalho.

Realizou-se também uma pesquisa em bases de dados secundários sobre os principais indicadores socioeconômicos do município de Naviraí visando apresentar ao leitor um panorama sobre a realidade social e econômica do município. Esses dados fornecem subsídios para compreender a importância do SUS para a população desta localidade.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

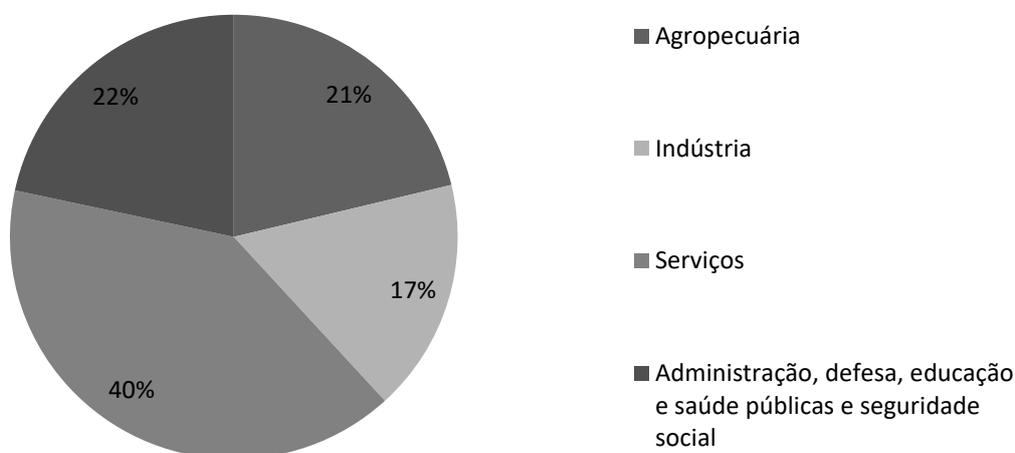
4.1 Breve contexto sobre o município de Naviraí

O município de NAVIRAÍ-MS fica localizado no sul do estado de Mato Grosso do Sul (MS) com população estimada pelo IBGE de 55.689 habitantes (2020), sendo o 6º município mais populoso do estado. O município de Naviraí é considerado como um polo regional, sendo

a cidade mais populosa da microrregião de Naviraí/Mundo Novo.

O salário médio mensal dos trabalhos formais é de 2,3 salários mínimos. O PIB de Naviraí em 2018 foi de R\$1.840.093.606,00, destacando-se como 11º no estado. Já o PIB per capita era R\$34.043,66, ficando com a 37ª posição no MS em 2018 (IBGE, 2021). O setor de atividade que mais contribuiu com o produto interno bruto no município é o de serviços, conforme se observa na Figura 07, seguido pela administração pública e pelo setor agropecuário. A indústria é o setor que menos contribui com o PIB do município (17% de valor adicionado).

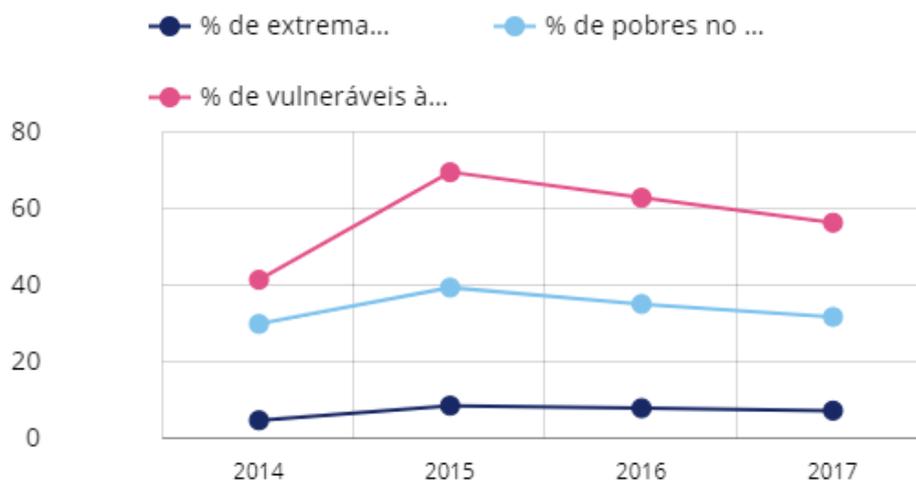
Figura 07 - % do valor adicionado ao PIB por setor



Fonte: Elaborado pela autora com dados do IBGE (2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Naviraí é alto – 0,700, todavia, ocupa a 26ª posição entre os municípios do estado. O índice de Gini – que mede o grau de concentração de renda - era de 0,47 em 2010. Em 2017, de acordo com dados do Atlas Brasil (2021), a proporção de pessoas vulneráveis à pobreza (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 255.00), inscritas no cadastro (CadÚnico), após o recebimento do Bolsa Família, era 56,54%, conforme se observa na Figura 08.

Figura 08 - Evolução das proporções de extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza inscritas no CadÚnico após o bolsa família no município - Naviraí/MS - 2014 a 2017



Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: CadÚnico - MDH (2014 e 2017)
 Fonte: Atlas Brasil (2021)

Deste modo, apesar do município se posicionar como o 11º em termos de PIB no estado do MS, observa-se que a concentração de renda é alta no município e o percentual de pessoas vulneráveis a pobreza é de mais de metade da população. O cenário socioeconômico do município reflete no acesso aos serviços de saúde. A partir desses dados, é possível dizer que a maioria da população do município depende do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, em pesquisa realizada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre contratação de planos de assistência médica, constatou-se que apenas 21,06% dos habitantes de Naviraí (considerando a estimativa populacional do IBGE – 2020) têm acesso à saúde suplementar, conforme demonstrado na Tabela 01. Ou seja, um percentual abaixo da média nacional (25%) apresentada por Maia e Carvalho (2020).

Tabela 01 - Assistência médica por tipo de contratação – Naviraí/MS – Dezembro/2020

Individual ou Familiar	Coletivo Empresarial	Coletivo por adesão	Não Informado	Total
817	10.529	382	1	11.729

Fonte: Brasil (2021)

Quanto à gestão da saúde, o Estado de Mato Grosso do Sul é organizado em quatro macrorregiões e onze microrregiões. Naviraí, objeto deste estudo, é o município polo microrregional, atendendo os municípios de Eldorado, Iguatemi, Itaquiraí, Japorã, Juti e Mundo Novo, totalizando uma população total de 137.108 habitantes. A microrregião de Naviraí faz parte da macrorregião de Dourados, composta por 33 municípios divididos em três

microrregiões de saúde, com uma população total de 831.310 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2019).

Conforme destacado anteriormente (BRASIL, 2007), no Sistema Único de Saúde, o primeiro nível de atenção à saúde é a atenção primária ou básica, realizada nas unidades básicas de saúde (UBS). Naviraí conta com 13 Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2021), responsáveis tanto pelo atendimento dos casos mais simples atendidos pela clínica geral como pelo encaminhamento ou agendamento para as áreas de especialidades médicas: pediatria, ginecologia, obstetrícia, endocrinologia, otorrinolaringologia, dermatologia, ortopedia, gastroenterologia, alergia, oftalmologista, psiquiatria, urologia e cardiologia, entre outras. As UBS e as equipes da Estratégia de Saúde da Família também são responsáveis pelos programas de saúde, tais como Planejamento Familiar, Diabetes, Hipertensão, Imunização e pré-natal.

O atendimento inicia com a chegada do usuário na recepção da UBS. Em casos de emergências e tendo vaga disponível, o usuário aguarda para ser atendido, caso contrário o atendimento é agendado. O atendimento médico é feito por um clínico geral responsável pela unidade de saúde. Se necessário, é disponibilizado o encaminhamento para o especialista direto ou após solicitação de exames para apoio diagnóstico e terapêutico em laboratórios, clínicas ou hospitais conveniados com o SUS. O município também mantém um hospital público que atende os casos de emergência, especialmente os casos de média complexidade e faz atendimentos para os demais municípios da microrregião de Naviraí. Visando aprimorar o serviço público da saúde e diminuir a pressão para os atendimentos de urgência do Hospital Municipal de Naviraí, a UBS do Varjão passou a trabalhar com horário de atendimento diferenciado.

O município conta ainda com um hospital privado (Hospital Cassems), que atende os usuários que possuem assistência médica contratada (saúde suplementar) e as seguintes clínicas para atendimento particular e conveniado: Santussi & Barros, CASSEMS, Clínica Médica de Especialidades Santa Ana, Centro médico e Ortopédico, Clínica Médica de Saúde Popular, Clínica dos olhos, Centro Integrado Médico, Otorrino Naviraí Clínica e Cirurgia, Clínica Dr^a Heloisa F. Mantovan, Clínica Dr Alexandre Gradella, Policlínica José T. Sá, Clínica Cegon Clínica de Especialidades Ginecológicas e Ortopédicas e NEUROGER Clínica de Neurologia e Saúde do Idoso.

4.2 Disponibilidade de profissionais médicos em Naviraí/MS

No âmbito do Sistema Único de Saúde, identificou-se no levantamento realizado no

Portal da Transparência um total de 43 médicos que atendem no município, sendo 18 efetivos e 25 contratados. Em relação ao cargo, 30 são contratados como médicos ou médicos contratados e 04 são contratados como médicos da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Quanto aos profissionais médicos especialistas, Naviraí conta com 02 anestesistas, 02 cirurgiões gerais, 01 médico do trabalho, 01 ortopedista, 01 otorrinolaringologista, 01 pediatra e 01 psiquiatra.

Tomando como base a população estimada para 2020 e subtraindo o número de pessoas que possuem planos de assistência médica no município, estima-se que 43960 pessoas são potenciais usuários do Sistema Único de Saúde no município. Ao se considerar o número de médicos contratados pela Prefeitura Municipal de Naviraí e que, portanto, atendem pelo SUS, têm-se a razão de 0,97médico/mil habitantes. Este indicador está próximo, mas ainda inferior ao identificado por Scheffer et al. (2018) para o estrato de municípios que possuem entre 50 e 100 mil habitantes que é de 1,16 médicos/mil habitantes. Ao se considerar o indicador capital/interior sem a estratificação por número de habitantes, a discrepância é ainda maior, tendo em vista que no MS a razão é de 1,47 médicos/mil habitantes no interior (SCHEFFER et al., 2018). É importante ressaltar que este indicador pode ser ainda mais baixo, tendo em vista que parte dos profissionais médicos contratados atendem no Hospital Municipal, ou seja, atendem a população dos municípios da microrregião de Naviraí.

Identificou-se também que o município possui poucos profissionais médicos contratados como especialistas. Na pesquisa realizada, foi possível identificar que alguns profissionais contratados para clínica geral são especialistas, por exemplo, em dermatologia, urologia, entre outros. Portanto, não é possível analisar com maior profundidade a adequação dos especialistas para atendimento à população naviraiense.

Embora este estudo não esteja discutindo acesso à saúde, é importante destacar que Naviraí pertence à microrregião de Dourados, e, portanto, as especialidades não atendidas no município podem ser encaminhadas para atendimento em Dourados. Entretanto, a distância entre os dois municípios é de 137 quilômetros, o que pode dificultar o acesso da população ao atendimento especializado em saúde.

Para aprofundar a análise e considerando que no estudo de Scheffer et al. (2018) não há distinção entre sistema público e saúde suplementar, é importante fazer a comparação utilizando o quantitativo de profissionais médicos do município. O levantamento dos profissionais que atendem em clínicas ou consultórios pode não ser tão preciso, pois, conforme mencionado nos

procedimentos metodológicos utilizou-se pesquisa na internet e levantamento dos dados por meio de contato telefônico. Identificou-se 30 profissionais médicos que atendem em Naviraí. Porém, destes 30, 20 profissionais já atendem pelo município, ou seja, localizou-se 10 profissionais que atendem somente planos de assistência médica ou consultas e procedimentos particulares. Deste modo, foi possível localizar um total de 53 médicos que atendem em Naviraí. A expectativa era de que a razão de médicos/mil habitantes seria maior ao incluir estes profissionais. Todavia, utilizando a população total estimada do município, o resultado do indicador foi de 0,95 médicos/ mil habitantes.

Ao se considerar o número de profissionais que atendem conveniados e particulares (30) e o número de pessoas que possuem planos de assistência em Naviraí (11729), a razão de médicos por mil habitantes é de 2,55, ou seja, há maior disponibilidade de acesso à população que possui melhores condições financeiras e que pode contar com um plano de assistência à saúde. Também foi possível identificar que a maioria dos profissionais médicos que atuam na saúde suplementar são especialistas. Na tabela 02 apresentam-se as especialidades médicas identificadas no levantamento.

Tabela 02 – N° de profissionais médicos especialistas em Naviraí/MS

Especialidade	N° de profissionais
Cardiologista	2
Cirurgião geral	2
Clinico geral	3
Dermatologista	2
Gastroenterologista	1
Ginecologia/obstetrícia	4
Neurologista	1
Oftalmologista	3
Ortopedista	4
Otorrinolaringologista	2
Pediatria	3
Pneumologista	1
Psiquiatria	1
Urologista	1
Total	30

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos resultados da pesquisa

Nota: No caso de especialistas em mais de uma área, considerou-se somente uma especialidade para contabilização.

Observa-se a presença de profissionais de algumas especialidades que não são atendidas pelo SUS em Naviraí, como dermatologia, pneumologia, cardiologia, entre outras. Ou seja, as

pessoas que possuem planos de assistência possivelmente têm acesso mais facilitado a especialistas.

Ainda assim, a população de Naviraí e da região, considerando que se trata de um polo microrregional, não tem a sua disposição determinadas especialidades, como por exemplo, geriatria ou reumatologia. O baixo número de especialistas também pode ocasionar outro problema para o usuário – não há ou há poucas opções de escolha do profissional médico.

Os resultados deste estudo permitem identificar a importância do Programa Mais Médicos para a ampliação da disponibilidade de profissionais generalistas e especialistas (MACEDO; ALMEIDA; SILVA, 2020), especialmente para as cidades menores do interior do país, como é o caso de Naviraí.

Entretanto, conforme ressaltam Scheffer et al. (2018, p. 9) “a densidade de médicos por habitantes tem pouco valor se não for considerada a capacidade nacional de garantir o acesso de toda a população a um sistema de saúde de qualidade e adaptado às necessidades das pessoas”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho partiu do questionamento relacionado à disponibilidade de profissionais médicos em Naviraí/MS. A partir dos dados coletados e da análise desenvolvida, identificou-se que o número de profissionais médicos disponíveis por mil habitantes é baixo quando comparado à capital do estado e aos municípios com maior número de habitantes. Porém, esse indicador é próximo à média nacional quando considerado o estrato por número de habitantes. O indicador calculado (0,95) é muito inferior ao indicador do país (2,1). Portanto, foi possível confirmar os achados de Scheffer et al. (2018) quanto às desigualdades na distribuição dos profissionais médicos no território brasileiro tomando como base o caso de Naviraí/MS.

Embora existam outros fatores também importantes para garantir que os serviços de saúde sejam desenvolvidos, a disponibilidade de profissionais médicos é condição indispensável para o acesso à saúde. Neste sentido, o presente estudo contribui para a discussão acerca da necessidade de diagnósticos que possibilitem melhor planejamento da força de trabalho na área da saúde pela administração pública. Considerando que a maior parte dos atendimentos em saúde é prestada pelos municípios, é fundamental que novos estudos se debrucem sobre estas realidades visando identificar e analisar os fatores que condicionam a

prestação do serviço público em saúde: a disponibilidade de recursos humanos, estrutura física, equipamentos e insumos. Estas análises podem subsidiar o processo decisório dos gestores públicos municipais e podem incluir fatores qualitativos relacionados à qualidade do serviço prestado.

Além disso, é fundamental compreender os resultados do Programa Mais Médicos nas distintas realidades do país constituindo-se esta questão como uma agenda de pesquisa que pode contribuir com a identificação dos problemas que ainda perduram no território brasileiro. E a partir destes resultados, os gestores podem aperfeiçoar esta política pública.

Este estudo também demonstrou a importância deste tipo de diagnóstico para o mercado de saúde suplementar, sobretudo na identificação de oportunidades de mercado de trabalho para profissionais médicos, especialmente para os especialistas. Novos estudos em outras realidades podem contribuir com a ampliação da análise deste cenário bem como aprofundar a compreensão deste mercado por meio de análises comparativas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Elizete de Almeida et al . Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 589-604, Setembro, 2017.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados e indicadores do setor. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>, acesso em 22 de janeiro de 2021.

_____, Ministério da Saúde. **DataSUS**. Disponível <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ms.htm> acesso em 01/10/2020.

_____, Ministério da Saúde. **Legislação do SUS**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf, acesso em 22/04/2020.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de Setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html, acesso em 22/04/2020.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Competência 01/2021;

Disponível em:

http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=50&VMun=500570&VComp=00&VUni=02, acesso em 10 de fevereiro de 2021.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Portaria Nº 95, de 26 de Janeiro de 2001.** Norma Operacional da Assistência à Saúde / Sus (2001). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html, acesso em 18/09/20.

_____. **Constituição (1988).** **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm, acesso em 20/04/2020.

CAMPOY, Laura Terenciani et al . A distribuição espacial e a tendência temporal de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e para a Saúde Suplementar, Brasil, 2005 a 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2018376, 2020 .

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIRARDI, Sábado Nicolau et al . Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2675-2684, Sept. 2016 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). Contas Nacionais. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=resultados>, acesso em 12 de janeiro de 2021.

LOPES, Adriana Santos et al . O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 114-123, Mar. 2015 .

MACEDO, Harineide Madeira; ALMEIDA, Érika Rodrigues de; SILVA, José Carlos. Projeto Mais Médicos para o Brasil: análise crítica do planejamento e gestão do Módulo de Acolhimento e Avaliação. **Saúde debate**, vº 43, nº5, p.. 205-217, JUN/DEZ, 2019.

MAIA, Ana Carolina; CARVALHO, João Vinícius de França. A espiral de antisseleção no mercado brasileiro de planos de saúde individuais. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 535-568, Setembro/2020.

MARTIN, Débora Gonzaga et al. O Programa Mais Médicos no Provimento de Recursos Humanos: Uma Análise a partir da Revisão Sistemática de Literatura. **Revista CEREUS**, v. 12, n. 2, 2020.

MATIAS, Maria Claudia et al . O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de

mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saude soc.**, São Paulo , v. 28, n. 3, p. 115-127, Sept. 2019.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020 – Campo Grande: SES, 2020. 301 p.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P.. Atenção Básica E Atenção Primária À Saúde - Origens E Diferenças Conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

PEDROSO, Marcelo Caldeira; MALIK, Ana Maria. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Rev**, nº 89, p. 59-67, 2011.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, Maio, 2018.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 16, p. 53-66, Feb. 2005 .

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.