



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Densidade médica em cidades do interior da Bahia e investimentos em saúde pública no ano de 2009

Gabriel Pinheiro de Matos

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Matos, Gabriel Pinheiro de
M433 Densidade médica em cidades do interior da Bahia e investimentos em saúde pública no ano de 2009 / Gabriel Pinheiro de Matos. Salvador: DFB, Matos, 2014.
VIII; 28 fls.: il.

Professor orientador: Washington Luiz Abreu de Jesus.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Densidade médica. 2. Investimento. 3. Saúde pública. I. Jesus, Washington Luiz Abreu de. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 314.02-051



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Densidade médica em cidades do interior da Bahia e investimentos em saúde pública no ano de 2009

Gabriel Pinheiro de Matos

Professor orientador: **Washington Luiz Abreu de Jesus**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

Monografia: *Densidade médica em cidades do interior da Bahia e investimentos em saúde pública no ano de 2009*, de **Gabriel Pinheiro de Matos**.

Professor orientador: **Washington Luiz Abreu de Jesus**

COMISSÃO REVISORA:

- **Washington Luiz Abreu de Jesus** (Presidente, Professor orientador), professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Hugo Ribeiro Junior**, professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Igor Campos da Silva**, Doutorando do Curso de doutorado do programa de pós-graduação em patologia humana (PPgPat) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

*“A mente que se abre a uma nova ideia,
jamais voltará ao seu tamanho original”*
(Albert Einstein)

Aos meus pais, **Péricles Norberto
Matos e Mônica Pinheiro de
Magalhães.**

EQUIPE

- Gabriel Pinheiro de Matos, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: Gabriel_1a7@hotmail.com;
- Washington Luiz Abreu de Jesus, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **Washington Luiz Abreu de Jesus**, pela orientação, pela paciência, pelas horas dedicadas nesta pesquisa, e pelo ensinamento que adquiri neste tempo com suas orientações.
- ◆ Aos Doutores **Hugo Ribeiro Junior** e **Igor Campos da Silva**, integrantes da minha comissão revisora, pela dedicação na correção.
- ◆ Ao professor **José Tavares Neto**, pelo apoio nos momentos de dificuldades durante a realização do trabalho.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	2
ÍNDICE DE GRÁFICOS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. METODOLOGIA	9
V. RESULTADOS	10
VI. DISCUSSÃO	15
VII. CONCLUSÕES	17
VIII. SUMMARY	18
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Densidade Médica (profissionais do SUS por mil habitantes) e média aritmética de investimento em saúde pública (reais por habitante) das cidades do interior da Bahia, no ano de 2009.	10
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Densidade médica e Investimento médio em saúde pública no ano de 2009.	12
Gráfico 2. Distribuição proporcional de média e alta complexidade, segundo macrorregião de saúde – Bahia.	13
Gráfico 3. Investimento absoluto em saúde pública e concentração de serviços de média complexidade por macrorregião - Bahia.	14
Gráfico 4. Investimento em saúde pública e concentração de serviços de alta complexidade por macrorregião –Bahia	14

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1: Macrorregiões do estado da Bahia. Plano diretor de regionalizações (PDR).	13
--	----

I. RESUMO

DENSIDADE MÉDICA EM CIDADES DO INTERIOR DA BAHIA E INVESTIMENTOS EM SAÚDE PÚBLICA NO ANO DE 2009. **Introdução:** em vista da conhecida má distribuição de médicos no Brasil e recentes acontecimentos políticos do país, com programas que propõe suprir a falta de médicos em cidades de interior, onde geralmente há precária infraestrutura e condições de trabalho na área de saúde, o presente estudo busca associação entre a escassez de médicos e concentração de serviços médicos em cidades do interior do estado da Bahia e investimentos destinados à saúde pública no ano de 2009. **Metodologia:** Foram utilizados dados do DATASUS, IBGE e SESAB, que fornecem informações como densidade de profissionais, informações financeiras (transferência financeira pelo SUS a municípios em cada ano e macrorregiões do estado da Bahia). Estes dados foram organizados e feitos cálculos através do programa Microsoft Excel 2010. **Resultados:** Foram coletados dados de 416 cidades. As cidades com menor densidade de médicos têm 0,2 profissionais por mil habitantes atuando pelo SUS; as com maior densidade de médicos têm 6,4 profissionais por mil habitantes atuando pelo SUS; a cidade que mais investe em saúde pública, investe um total R\$ 507,18 por habitante; as que menos investem em saúde pública, investem em média um total de R\$ 53,83 por habitante O investimento médio por habitante nas cidades do interior da Bahia foi de R\$ 106,81 no período. O total de médicos atuando pelo SUS foi de 21.322,00. A densidade médica média absoluta foi de 1,83 médicos por mil habitantes nas cidades do interior da Bahia. **Discussão:** há um claro aumento na quantidade de médicos à medida que há uma maior quantidade de dinheiro destinada à saúde pública nos municípios do estudo. Entretanto determinadas cidades que investiram mais tem menor densidade de médicos do que outras que investiram menos. Isto se deve provavelmente a outros fatores que também interferem na distribuição dos médicos. As macrorregiões que mais destinam dinheiro à saúde pública são as que fornecem mais serviços de alta e média complexidade **Conclusão:** Há tendência crescente na densidade de médicos e concentração de serviços médicos à medida que há aumento nos investimentos em saúde pública. Existem outros fatores que interferem na distribuição dos médicos pelas cidades interioranas. São necessários mais estudo para guiar medidas políticas eficazes.

Palavras chaves: 1. Densidade médica; 2. Investimento; 3. Saúde Pública.

II. OBJETIVO

Principal

Demonstrar relação entre a densidade de médicos em cidades do interior da Bahia com os investimentos em saúde pública nestes municípios no ano de 2009.

Secundário

1. Comparar o investimento em saúde pública com a distribuição da média e alta complexidade por macrorregião.
2. Discutir outras questões relacionadas à densidade de médicos no Brasil além dos investimentos financeiros.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A distribuição territorial, quantidade e densidade de médicos é motivo de pesquisas e discussões em todo o mundo. Isto por conta da íntima relação da densidade de médicos por habitante e a qualidade de vida populacional, visto que os médicos estão envolvidos em um dos indicadores de IDH de fundamental importância para o bem estar humano: a saúde.

A escassez de profissionais de saúde, que atualmente apresenta um déficit de 7,2 milhões, deve continuar crescendo e chegar a 12,9 milhões até 2035 (Organização Mundial da Saúde, 1981).

Ocorre no mundo uma distribuição desigual de profissionais médicos. Os países com necessidade relativa mais baixa têm os maiores números de trabalhadores de saúde, enquanto os países com a maior carga de doenças apresentam uma força de trabalho bem menor. A região das Américas, que inclui o Canadá e os Estados Unidos contém apenas 10% da carga global de doenças, ainda assim quase 37% dos trabalhadores de saúde do mundo todo vivem nessa região e gastam acima de 50% dos recursos financeiros mundiais reservados à saúde. Em contraste, a região da África sofre com mais de 24% da carga global de doenças, mas tem acesso a apenas 3% dos trabalhadores de saúde e menos de 1% dos recursos financeiros mundiais – mesmo em se tratando de empréstimos e doações vindas de outros países (Organização Mundial de Saúde, 2006).

No continente americano, 70% dos países têm quantidade suficiente de trabalhadores de saúde para a realização de atividades básicas, mas ainda enfrentam desafios significativos ligados à distribuição dos profissionais, sua migração e formação adequada. É o caso do Brasil que, apesar da densidade de médicos variarem de 40,9 para cada 10 mil pessoas no Rio de Janeiro e 7,1 médicos para cada 10 mil pessoas no Maranhão, o país ainda não possui um plano nacional de longo prazo sobre os recursos humanos para a saúde (Organização Mundial da Saúde, 1981).

No Brasil a concentração tende a ser maior nos polos econômicos, nos grandes centros populacionais e onde se concentram estabelecimentos de ensino, maior quantidade de serviços de saúde e conseqüentemente maior oferta de trabalho. Regiões menos desenvolvidas, mais pobres e interiores de estados com grandes territórios e zonas rurais extensas têm, sabidamente, maior dificuldade para fixar e atrair profissionais médicos (Conselho Federal de Medicina, 2011).

Apesar da relação profissional/mil habitantes, no país, estar de acordo com o denominado “padrão” da OMS-Organização Mundial de Saúde (1 médico/1000 habitantes), quanto à distribuição geográfica dos profissionais há também grandes desigualdades nos estados, onde a diferença aumenta ainda mais se comparado o número de médicos na capital e no interior (Stella, 2002). Nota-se que no Sudeste e no Sul, o chamado interior é representado por cidades maiores e mais populosas do que as cidades do interior, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Oliveira NA, 2007).

Ocorreram no Brasil diversas intervenções frente ao problema da má distribuição de médicos e outros profissionais no território nacional. Tais intervenções, iniciadas na década de 1960, foram estruturadas sob a forma de programas governamentais. Foram quatro os programas que incluíram a interiorização de profissionais dentre suas metas: o Projeto Randon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e o Programa de interiorização do Trabalho em Saúde (pits) (Filho RM et al., 2008).

No ano de 2014 foi criado no Brasil pelo governo federal o programa Mais Médico como nova tentativa política com proposta de diminuir o déficit de médicos no interior do país. O programa realiza a importação de médicos estrangeiros sem a revalidação de seus diplomas de maneira imediata, mesmo sendo o conselho Federal de Medicina e as instituições médicas em geral plenamente contra tal programa.

A homologação dos diplomas estrangeiros era feita por meio do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida). O teste é composto por provas objetivas, discursivas e práticas. Através do programa mais médicos a o governo federal alterou as regras de homologação de diplomas de médicos formados no exterior. A medida foi adotada por meio da edição do decreto presidencial n.º 8.126, de 22 de outubro de 2013 (Brasil, 2014); e da Lei Nº 12.871, que Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências (Brasil, 2013).

Em termos absolutos, o Brasil é o quinto país do mundo com o maior número de médicos. São ao todo 371.788 profissionais, 4,05% da população médica mundial e 19,2% dos médicos das Américas. Está atrás apenas da China (1.905.436), Estados Unidos (793.648), Índia (640.801) e Rússia (614.183). Na relação médicos/mil habitantes, porém, apenas alguns Estados brasileiros estão bem posicionados no cenário internacional. A taxa nacional é de 1,95, índice igual ao da Coreia do Sul e melhor que os de países africanos, asiáticos, Chile (1,09) e Turquia (1,64). Por outro lado, é inferior à taxa de diversos países europeus e latino-americanos, como Cuba (6,39), Grécia (6,04), Áustria (4,77), Rússia (4,31), Uruguai (3,73), Alemanha (3,64), França (3,28), Argentina (3,16), México (2,89), Estados Unidos (2,67), entre outros. A China tem 1,41 médicos por mil habitantes, enquanto Índia possui 0,60 e África do Sul 0,77 (Conselho Federal de Medicina, 2011).

Autoridades do governo brasileiro avaliam que o problema está na distribuição dos médicos pelo território nacional, tese que pode ser verificada no levantamento feito pelo CFM e o conselho paulista. Entre os Estados, São Paulo é o que tem mais médicos, com 106.536 profissionais. Em seguida estão Rio de Janeiro (57.175), Minas Gerais (38.680) e Rio Grande do Sul (24.716). Por outro lado, Roraima conta apenas com 596 médicos, enquanto Amapá e o Acre têm 643 e 755, respectivamente (Conselho Federal de Medicina, 2011).

A taxa estadual de médicos por mil habitantes também evidencia a concentração da população médica nos Estados mais desenvolvidos. O índice é de 4,02 no Distrito Federal, 3,57 no Rio de Janeiro e 2,58 em São Paulo. No Maranhão, é de 0,68, fica em 0,83 no Pará, 0,96 no Amapá e 1,0 no Piauí (Conselho Federal de Medicina, 2011).

Assim como há uma distribuição desigual da população nas diferentes regiões brasileiras segue-se uma também desigual distribuição de cursos médicos no País. Contudo, apesar de constituir um aspecto que tem sido discutido, de forma relevante, por diferentes instituições das áreas da educação e da saúde, essa desproporção pouco implicou mudanças dessas políticas, persistindo a concentração das escolas médicas nos grandes centros urbanos, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste (Oliveira et al., 2008).

Observa-se que, de maneira geral, a distribuição de escolas médicas e a proporção de habitantes, por cada escola, acompanha o nível de desenvolvimento socioeconômico e tecnológico diferenciado nos diversos continentes e, possivelmente, também dentro de cada região e sub-região. Em tempos de globalização torna-se relevante conhecer e acompanhar o que ocorre em outros países, tanto no que se refere à educação médica, quanto aos demais campos. O que implica em, também, avançar na definição de padrões mundiais de qualidade do ensino médico e na acreditação das escolas médicas, como destaca diversos estudos (Oliveira NA, 2007).

A tendência é o médico fixar moradia no local em que fez sua graduação ou residência. Não à toa: as cidades que abrigam escolas médicas normalmente são aquelas que têm um maior número de serviços de saúde, hospitais, clínicas, postos de saúde e laboratórios. Ou seja, mais oportunidades e condições de trabalho (Brasil, 2010).

As áreas com hospitais-escolas e uma população que pode arcar com o pagamento de serviços de saúde invariavelmente atraem mais trabalhadores de saúde do que as regiões sem essas instalações ou esse apoio financeiro. Como resultado disso, a

densidade dos trabalhadores de saúde é geralmente mais alta nos centros urbanos, onde os hospitais-escolas e os salários altos são mais comuns. Embora a urbanização aumente em todos os países com o aumento de renda, em países com todos os níveis de renda a proporção de profissionais de saúde que vive em áreas urbanas excede a proporção de população geral lá encontrada (Brasil, 2010).

Outro processo que teve grande importância no contexto no Brasil foi o grande estímulo às especialidades médicas. As especialidades médicas passaram a organizar tanto os departamentos e disciplinas das faculdades quanto os serviços médicos nos hospitais de ensino e nas clínicas. Daí decorre, a cada ano, a entrada “no mercado” de um elevado número de especialistas capazes de diagnosticar ou tratar doenças muito específicas, quando na realidade há uma carência de profissionais de áreas básicas da medicina. Esses médicos com orientação focada desde os bancos universitários não são totalmente absorvidos no mercado existente, já que os locais prioritários de suas práticas, os hospitais públicos, filantrópicos ou privados e as clínicas especializadas, equipadas com tecnologias de ponta, possuem vagas de trabalho especializado limitadas e são restritos, geograficamente, aos centros urbanos maiores. Neste contexto de formação maciça de especialistas e subespecialistas, pelas dificuldades e elevados custos de interiorização da medicina, nas cidades do interior ocorre escassez de profissionais, pois lá eles não teriam as melhores condições de exercício de suas práticas (Amoretti R, 2005).

Atualmente está implantada no Brasil a estratégia de regionalização dos serviços de saúde de acordo com macro e microrregiões em que os estados são divididos. A regionalização na saúde, prevista constitucionalmente, é uma estratégia importante para promoção de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas, visando à garantia da integralidade e da equidade na atenção à saúde. É também uma estratégia importante para a promoção do desenvolvimento socioeconômico dos lugares, possibilitando a redução das desigualdades sociais. No âmbito do Pacto pela Saúde, a partir de 2006, a regionalização é definida como eixo estruturante e nele a constituição de regiões de saúde deve considerar as características culturais, socioeconômicas e os aspectos políticos interfederativos, na medida em que o funcionamento do sistema regional é fruto da pactuação entre os gestores do sistema de saúde (Espírito Santo, 2011).

Entretanto, apesar dos avanços da municipalização da atenção à saúde e da ampliação do número de vagas e de cursos de formação superior na área de saúde, ainda persiste a insuficiência de profissionais nos serviços públicos, principalmente nos municípios de pequeno porte. É indiscutível a necessidade da adoção de políticas públicas que incentivem e valorizem os profissionais de saúde, aspectos fundamentais ao estímulo à permanência dos mesmos nos serviços. Além disso, para garantir uma distribuição mais equânime dos trabalhadores de saúde, é importante ainda, o investimento na melhoria das condições de trabalho, de infraestrutura e de gestão que, certamente, irão repercutir em benefícios na qualidade, na acessibilidade e na resolutividade do Sistema de Saúde (Bahia 2013).

Sabe-se, portanto que de fato há uma falta de médicos em cidades do interior do país. Estamos numa conjuntura de mudanças muito mais de tensões paradigmáticas do que de mudança de paradigmas propriamente dita, em que surgem muito mais perguntas e dúvidas do que respostas (Oliveira NA, 2007).

A questão é: o que leva a tão acentuada carência de profissionais e a má distribuição de médicos no Brasil, assim como no mundo. Uma análise de diversos fatores se faz necessário para responder a esta pergunta e então se pensar em políticas de saúde adequadas para melhorar a atual situação, melhorando-se conseqüentemente a saúde da população. A viabilidade de qualquer mudança, em especial as mais profundas, precisa ser construída. Não parece que somente os processos de

transformação estrutural sejam capazes de gerar um contexto favorável a essas mudanças (Brasil, 2002).

IV. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional com o período estabelecido de janeiro de 2009 a dezembro de 2009. Os dados de todas as cidades do interior da Bahia, Brasil relativos a investimento em saúde pública em reais por habitante, densidade de médicos do SUS (médicos trabalhando pelo SUS por mil habitantes) e demografia neste período foram coletados e organizados em tabelas no programa Microsoft Excel 2010. Os dados relativos à densidade médica nas cidades do interior da Bahia, assim como a suas demografias foram coletados a partir dos cadernos de dados DATASUS/Ministério da Saúde. Os dados referentes ao investimento total em saúde pública foram coletados no banco de dados online do Fundo Nacional de Saúde para análise do desfecho em questão, que é a presença de relação entre estes fatores.

O investimento médio em saúde pública foi calculado pelo programa Microsoft Excel 2010, dividindo-se o gasto total em saúde pública em cada cidade pelo total de habitantes da mesma no ano de 2009 (reais por habitante gastos em saúde pública em cada cidade).

As cidades com a mesma densidade de médicos foram agrupadas e calculadas as médias aritméticas de seus investimentos médios em saúde pública.

A escolha do ano de 2009 se deve à disposição de dados sobre a densidade de médicos por 1000 habitantes mais recentes ser a deste ano no banco de dados escolhido como referencia.

Os dados relativos à distribuição da média e alta complexidade foram coletados do Plano Estrutural de saúde da secretaria de saúde, disponível no banco online da SESAB e publicado na revista baiana de saúde pública em dezembro de 2011. As cidades foram agrupadas por macrorregião e então calculado o investimento absoluto em saúde pública por macrorregião. Em seguida foi comparado o investimento absoluto por macrorregião com a concentração de serviços de alta e média complexidade por macrorregião.

O estudo descritivo busca presença de relação entre a quantidade de dinheiro investido em saúde pública por habitante em cada cidade e a densidade de médicos que atuam no SUS nas mesmas. Para a realização destas análises será utilizado programa Microsoft Excel 2010.

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde regulamenta que toda a pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O presente estudo realizará apenas coleta e organização de dados já coletados e armazenados em bancos disponíveis ao público e posterior análise e interpretação dos resultados, não necessitando, portanto submissão ao CEP.

V. RESULTADOS

Foram coletados dados de um total de 416 cidades.

As cidades que possuíam a mesma densidade de médicos foram agrupadas e a média aritmética dos investimentos em saúde pública foi calculada para que desta forma, haja apenas duas variáveis a serem comparadas (Tabela 1).

As cidades com menor densidade de médicos tinham 0,2 profissionais por mil habitantes atuando pelo SUS (total de três cidades: pilão Arcado, Buritirama e Iuiú); A cidade com maior densidade de médicos tinha 6,4 profissionais por mil habitantes atuando pelo SUS (total de uma cidade: São Félix);

A cidade que mais investiu em saúde pública, investiu um total R\$ 507,18 por habitante e coincide com a maior densidade de médicos descrita acima (6,4 profissionais por mil habitantes atuando pelo SUS).

As cidades que menos investiu em saúde pública, investiu em média um total de R\$ 53,83 por habitante, e coincidem com as cidades que têm a menor densidade médica descrita acima (0,2 profissionais por mil habitantes atuando pelo SUS).

O investimento médio por habitante nas cidades do interior da Bahia foi de R\$ 106,81 no ano de 2009.

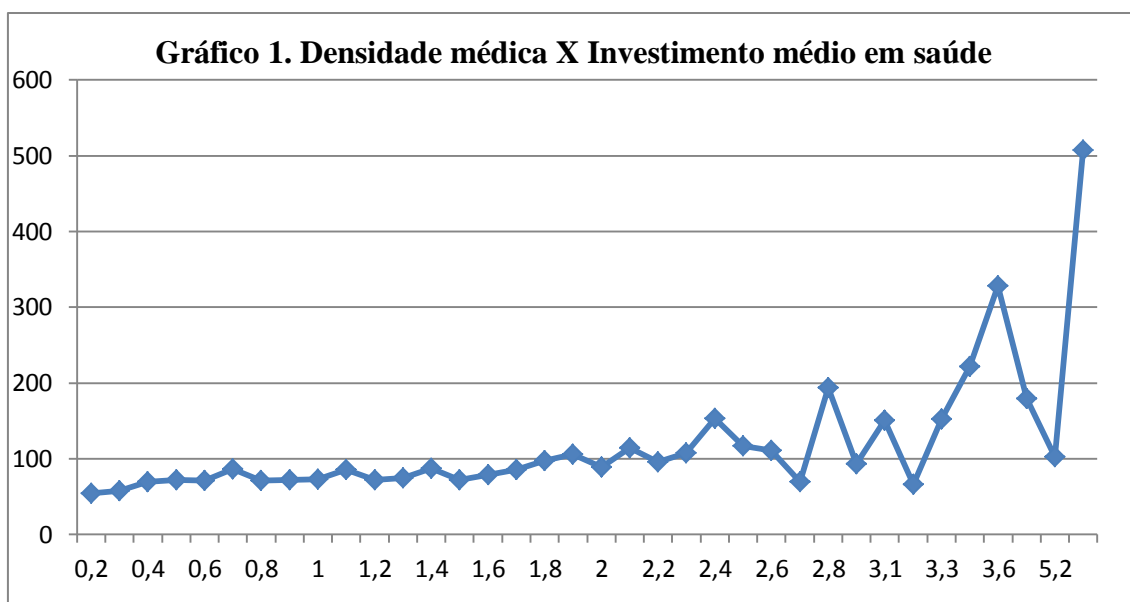
O total de médicos atuando pelo SUS foi de 21.322,00, o que equivale a uma densidade médica média absoluta de 1,83 médicos por mil habitantes nas cidades do interior da Bahia.

Tabela 1 – Densidade Médica (profissionais do SUS por mil habitantes) e média aritmética de investimento em saúde pública (reais por habitante) das cidades agrupadas.

Densidade médica (profissionais do SUS/1000 hab.)	Investimento médio em saúde pública (reais/habitantes)
0,2	53,83
0,3	57,33
0,4	69,14
0,5	72,11
0,6	70,92
0,7	86,70
0,8	71,39
0,9	72,30
1,0	72,87
1,1	85,35
1,2	72,24

CONTINUA

1,3	74,4
1,4	87,42
1,5	72,37
1,6	78,39
1,7	85,15
1,8	97,43
1,9	106,14
2,0	88,79
2,1	113,99
2,2	95,71
2,3	107,75
2,4	153,35
2,5	116,46
2,6	110,85
2,7	69,43
2,8	194,01
3,0	93,44
3,1	150,725
3,2	66,33
3,3	152,15
3,4	221,67
3,6	328,44
5,1	179,31
5,2	102,625
6,4	507,18



Em termos absolutos, quando separadas pelas macrorregiões de saúde do Estado da Bahia (gráfico 2 e mapa 1: regiões centro-leste, centro-norte, extremo sul, leste nordeste, norte, oeste, sudoeste e sul), observa-se que existe íntima e lógica relação entre a quantidade de dinheiro destinado à saúde pública e a distribuição da alta e média complexidade pelas macrorregiões.

A macrorregião leste é a que mais tem recursos financeiros (total de R\$ 1.538.211.578,26 gastos no ano de 2009) e a mesma é responsável por 51% das atividades de média complexidade e 94% das atividades da alta complexidade.

A macrorregião centro – leste é a segunda com mais recursos (total de R\$ 234.667.896,67 em 2009) e concentra 10% e 3 % dos serviços de média e alta complexidade respectivamente.

A macrorregião sudoeste vem em terceiro lugar (total de R\$ 214.829.124,12 em 2009), concentrando 7% e 1% dos serviços de média e alta complexidade respectivamente.

Em seguida, a macrorregião sul (R\$ 157.317.896,82 em 2009), concentrando 11% e 1% dos serviços de média e alta complexidade.

A macrorregião norte, (R\$ 126.038.023,66 em 2009) concentra 5% e 1% dos serviços de média e alta complexidade, respectivamente.

A macrorregião extremo-sul, (R\$ 111.792.078,15 em 2009), concentra 5% e 0% dos serviços de alta e média complexidade.

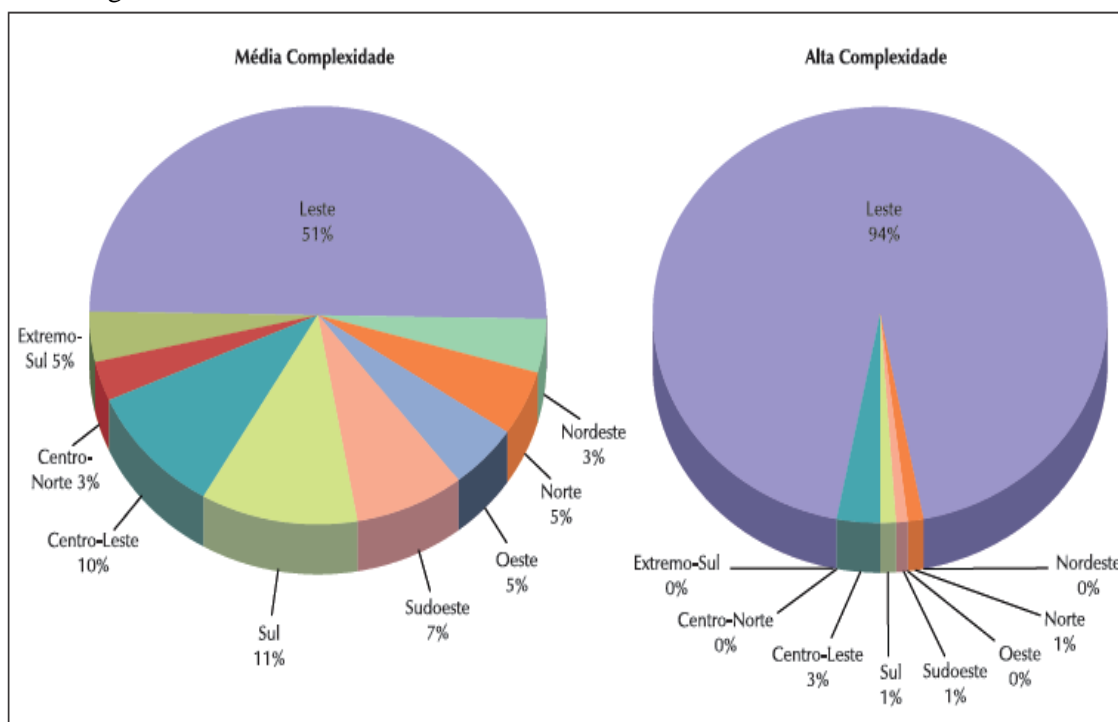
A macrorregião oeste (R\$ 86.857.203,63) concentra 5% e 0% dos serviços de alta e média complexidade.

A macrorregião centro – norte (R\$ 77.032.973,30 em 2009) concentra 3% e 0 % dos serviços de média e alta complexidade respectivamente.

A macrorregião nordeste foi a que menos teve dinheiro destinado à saúde pública (total de R\$ 67.685.993,82 no ano de 2009). Esta foi também a macrorregião com menos disponibilidade de procedimentos de média e alta complexidade: 3% e 0% respectivamente.

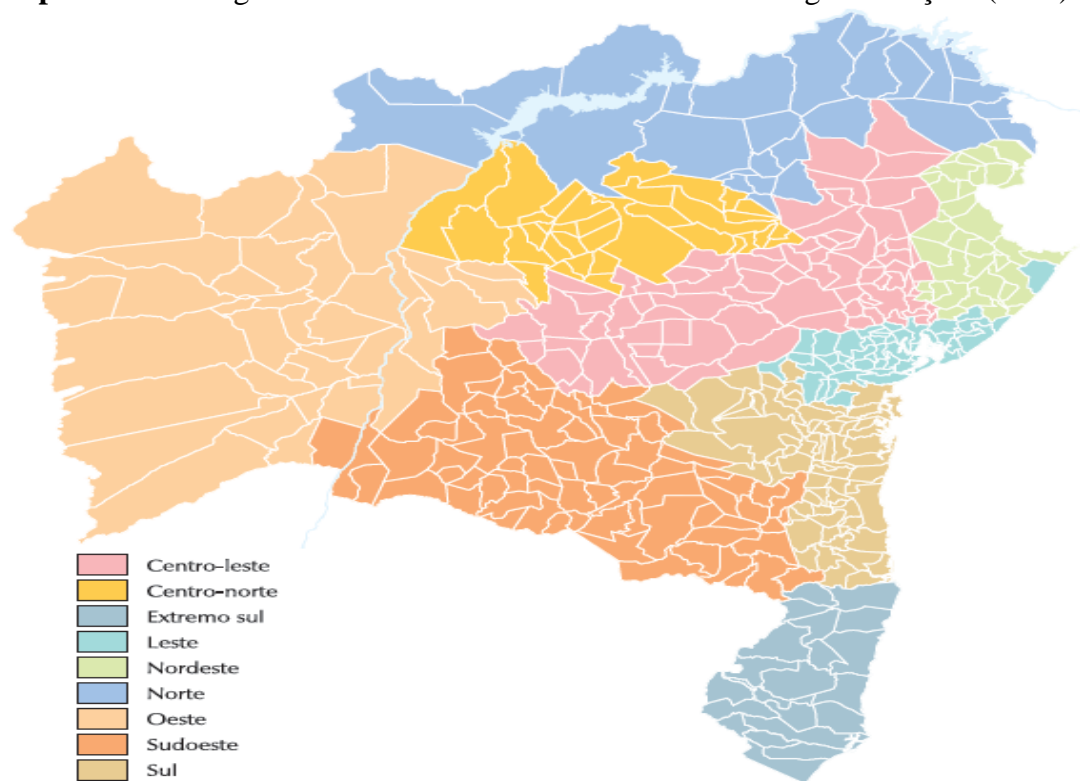
Estes dados estão organizados nos gráficos 3 e 4.

Gráfico 2: distribuição proporcional de média e alta complexidade, segundo macrorregião de saúde – Bahia.



Fonte: sistema de informações ambulatoriais do SUS (SAI/SUS, 2012).

Mapa 1- Macrorregiões do estado da Bahia. Plano diretor de regionalizações (PDR).



Fonte: Bahia, 2007

Gráfico 3: investimento absoluto em saúde pública e concentração de serviços de média complexidade por macrorregião - Bahia.

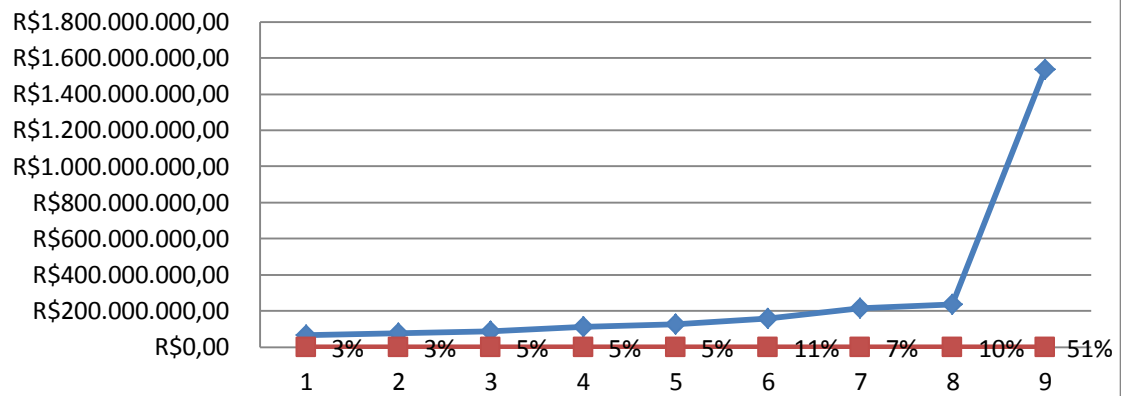
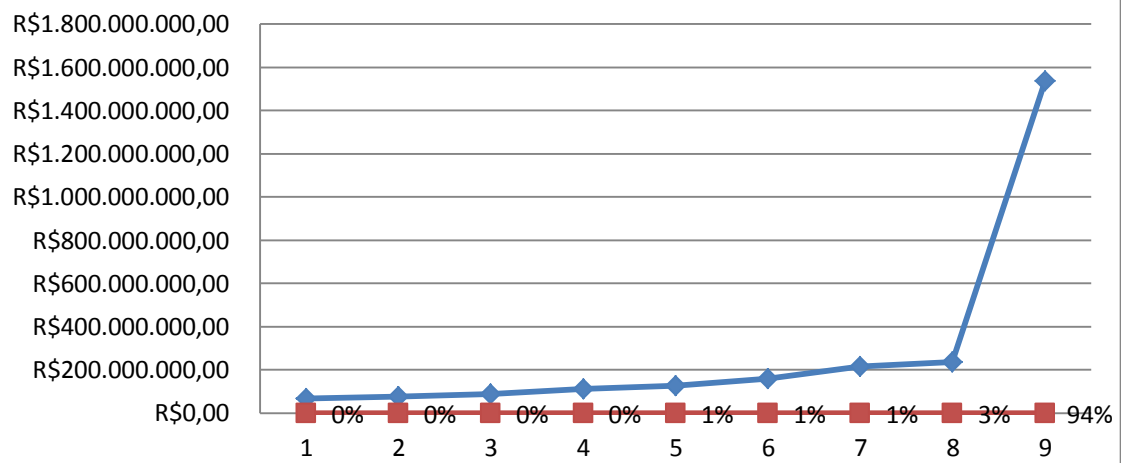


Gráfico 4: investimento em saúde pública e concentração de serviços de alta complexidade por macrorregião - Bahia.



VI. DISCUSSÃO

Observa-se que há um claro aumento na quantidade de médicos à medida que há uma maior quantidade de dinheiro destinada à saúde pública nos municípios do estudo.

Apesar de não ter significância importante observar-se resultados isolados, não há como não notar a incrível discrepância entre as densidades de médicos nas cidades que menos investem em relação a aquela que mais investe.

Portanto, parece haver de fato uma relação diretamente proporcional entre a densidade de médicos e o dinheiro destinado à saúde nas cidades do interior da Bahia como era de se esperar. Assim como sugere o Conselho Federal de Medicina (2011), os locais com mais condições financeiras são aqueles onde há maior densidade de médicos. Além do mais, fica demonstrado pelos resultados, a grande desigualdade na distribuição de médicos como descrito por Stella (2002), onde a diferença aumenta ainda mais se comparado o número de médicos nas cidades interioranas. Observou-se uma variação de densidade de médicos de 0,2 médicos por mil habitantes a incrível marca de 6,4 médicos por mil habitantes.

Stella (2012) evidenciou que, apesar de a relação profissional/mil habitantes no país estar de acordo com o denominado “padrão” da OMS-Organização Mundial de Saúde (1 médico/1000 habitantes), existe uma distribuição muito ruim dos médicos pelo país. O mesmo foi observado no estudo presente: apesar de existir no interior da Bahia densidade médica média absoluta de 1,83 médicos por mil habitantes nas cidades, uma boa parte destas cidades tem números muito inferiores ao considerado padrão pela OMS. Este dado também foi constatado pelo Conselho Federal de Medicina (2011).

Entretanto, vemos discrepâncias no gráfico: determinadas cidades que investem relativamente muito dinheiro têm menor densidade de médicos do que outras que investem menos. Isto se deve provavelmente a outros fatores que também interferem na distribuição dos médicos pelas cidades, tais como sugere a literatura, proximidade a centros urbanos (Brasil 2010), presença de universidades que dispõem do curso de medicina (Oliveira et al., 2008) e outros fatores que interferem na qualidade de vida como escolas de qualidade, lazer, segurança, atividade econômica local, dentre outros.

É importante também abordar não só a quantidade de médicos em si, mas também de que especialista são eles: muitas destas cidades menores talvez não necessitem de cirurgiões, radiologistas e outras especialidades que necessitem de um grande investimento financeiro e infra estrutural, mas sim de médicos generalistas e das especialidades essenciais, como pediatria, psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, pois quando se houver necessidade daqueles especialistas, estas cidades podem recorrer ao encaminhamento para centros urbanos próximos que disponham dos mesmos. Esta questão é de extrema importância, pois a má distribuição de médicos no país não se deve apenas a baixa quantidade de dinheiro destinado à saúde e má infraestrutura, já que não são todas as especialidades da medicina que necessitam de grandes recursos financeiros para prestarem um serviço de qualidade. Isto nos leva a questões diversas que culminam com a má distribuição de médicos, como a desvalorização e os baixos salários pagos às especialidades essenciais, a dificuldade de se estabelecer vínculos empregatícios adequados dentre muitos outros. Este consiste em uma importante direção para um estudo futuro: comparar não só a densidade de médicos em si, mas também como estão distribuídos os especialistas médicos pelo Bahia, questão de importância fundamental para realização de medidas políticas mais eficientes para diminuir a atual desigualdade de atenção à saúde no Brasil, pois observamos desde a graduação uma falta de estímulos aos acadêmicos de medicina a prestarem residência para as especialidades que mais fazem falta no país. A desvalorização destas áreas assim com

os vínculos profissionais inadequados afastam de imediato os recém - formados de medicina a seguirem as mesmas.

Exatamente o contrario ocorre com as especialidades mais complexas, que têm menor demanda na realidade brasileira e que para funcionarem necessitam de uma complexa e cara infraestrutura: estas especialidades são as que oferecem os maiores salários e estes profissionais tem maior facilidade de serem de fato empregados. A necessidade de infraestrutura mais cara faz com que esses especialistas se concentrem também em grandes e médios centros urbanos, os quais podem oferecer tais condições, fato que aumenta ainda mais a concentração de médicos nos centros urbanos e dificulta a interiorização destes profissionais.

Condição semelhante ocorre quando comparamos o investimento por macrorregião e a concentração de serviços de alta e média complexidade. Os serviços de média complexidade e principalmente de alta complexidade estão extremamente concentrados nas regiões que mais destinam dinheiro em termos absolutos à saúde pública, em especial a macrorregião leste, que destinou R\$ 1.538.211.578,26 no ano de 2009 à saúde pública e concentra impressionantes 51% das atividades de média complexidade e 94% das atividades da alta complexidade. Esta relação nos indica que mesmo com a política de regionalização dos serviços de saúde, onde se busca oferecer serviços à determinada região os serviços de saúde mais necessários e adequados à população da mesma, os recursos financeiros são obviamente de extrema importância para o bom funcionamento do sistema de saúde na Bahia.

Há de se ressaltar também os possíveis limites do estudo. O principal é a confiabilidade dos bancos de dados, em especial o DataSus por se tratar de um banco relativamente novo sendo mais susceptível a erros no registro e fornecimento dos dados. Outro fator a se levar em conta é se o dinheiro que é destinado à saúde pública de fato chega a seu destino, o que não pode ser desconsiderado no Brasil, devido ao histórico conhecido de corrupção.

Os resultados do estudo indicam a hipótese de que mais investimentos em saúde pública culminam em possivelmente melhores condições de trabalho além de que cidades que mais investem devem ser economicamente mais desenvolvidas, fator que também é sabidamente importante para atrair e fixar os profissionais médicos nas cidades.

VII. CONCLUSÕES

- 1- Descreveu-se neste estudo uma tendência de aumento da densidade de médicos na medida em que houve um aumento nos investimentos com saúde pública nos municípios do interior da Bahia no ano de 2009.
- 2- A distribuição de serviços de saúde por macrorregião também está intimamente relacionada à quantidade de dinheiro destinado à saúde pública
- 3- Existem outros fatores que interferem na distribuição dos médicos pelas cidades interioranas além do investimento destinado à saúde pública.
- 4- A densidade médica absoluta nas cidades do interior da Bahia é acima da estipulada como padrão pela OMS; entretanto quando analisadas separadamente, muitas cidades tem densidade de médicos muito inferior a esta padronização..
- 5- São necessários mais estudos na área para guiar medidas políticas de fato eficazes para atenuar a grave discrepância de distribuição de médicos na Bahia.

VIII. SUMMARY

MEDICAL DENSITY IN CITIES OF INTERIOR OF BAHIA AND INVESTMENTS IN PUBLIC HEALTH IN THE YEAR 2009. **Introduction:** In view of the known misdistribution of doctors in Brazil and recent political events in the country, with programs that proposes address the lack of doctors in cities interior, where there is generally poor infrastructure and working conditions in health care, this study aims association between the shortage of doctors and concentration of medical services in cities in the state of Bahia and investments for public health in 2009. **Methods:** were used data from DATASUS, IBGE and SESAB, providing information such as density professionals, financial information (financial transfers to municipalities by SUS in each year and the macro-regions of the state of Bahia). These data were organized and made calculations using Microsoft Excel 2010. **Results:** Data were collected from 416 cities. The cities with the lowest density of medical professionals have 0.2 per thousand inhabitants acting in SUS; the city with the highest density of medical professionals have 6.4 per thousand inhabitants acting in SUS; the city that invests more in public health, invested a total R\$ 507.18 per person; those that invest less in public health, invested a total of R\$ 53.83 per capita Average investment per capita in the inner cities of Bahia was R\$ 106.81 in the period. The total number of doctors working in the SUS was 21,322.00. The mean absolute medical density was 1.83 doctors per thousand inhabitants in the inner cities of Bahia. **Discussion:** There is a clear increase in the number of doctors as there is a larger amount of money for public health in the counties of the study. However certain cities that have invested more has lower doctors density than others cities who invest less. This is probably due to other factors that also influence the distribution of doctors. Macro-regions which meant more money for public health are those that provide more services for medium and high complexity **Conclusion:** There is a growing trend in the density of doctors and concentration of medical services as there is increased investment in public health. There are other factors affecting the distribution of doctors by the inland towns. More studies are needed to guide effective policy measures. **Key words:** 1. Medical density; 2. Investment; 3. Public Health.

Referências Bibliográficas

1. Amoretti, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde Medical. Education and its Relationship to Social Needs in Health. Revista brasileira de educação médica. Rio de Janeiro, 2005.
2. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização – 2007. Salvador; 2007.
3. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diagnóstico da situação de saúde – 2012. Salvador; 2012.
4. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Indicadores de dados básicos-2013. Salvador 2013.
5. Brasil. Decreto n.º 8.126, de 22 de outubro de 2013. Fica cancelado o registro único para o exercício da medicina do (s) médico (s) intercambista (s) desligado (s) do Projeto Mais Médicos para o Brasil, Diário Oficial da União 11 fevereiro 2014.
6. Brasil. Governo Federal. Fundo nacional de saúde [homepage na internet]. Consulta de pagamentos. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>
7. Brasil, Lei 12.871 de 22 outubro 2013 Diário Oficial da União, 23 outubro 2013.
8. CFM. CREMESP. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011. 31.
9. CFM. CREMESP. Demografia Médica no Brasil “Concentração de Médicos no Brasil em 2020”. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2011. 17 p. Relatório de projeção.
10. Departamento de informações do Sistema Único de Saúde [homepage na internet]. Cadernos de informações de saúde – Bahia. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
11. Espírito Santo. Secretaria de saúde do Estado do Espírito Santo. Plano diretor de regionalização da saúde- 2011. Vitória 2011.
12. Feuerwerker LCM, Lima VV. Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos. In Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional / Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
13. Maciel Filho, Romulo; Branco, Maria Alice Fernandes, Rumo ao Interior: médicos saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
14. Oliveira, NA. Ensino médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS - um estudo a partir de seis estados brasileiros -. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2007.

15. Oliveira NA, Meirelles, RMS, Cury, GC, Alves LA. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. Revista brasileira de educação médica, 2008.
16. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2006; Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 29p. Relatório técnico.
17. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde, Financiamento dos Sistemas de Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 143p. Relatório técnico.
18. Organização Mundial da Saúde. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: WHO; 1981.
19. Stella RCR. Desafios e Estratégias para Interiorização do Trabalho em Saúde. In: Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional / Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.