I Congresso Nacional de Saúde da Família On-line

COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA E DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL

ARTHUR HENRIQUE DE MOURA SOARES; CLARA PERIM SEARA; ANA CLÁUDIA PEREIRA DOS SANTOS.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde representa o primeiro nível de assistência dentro do Sistema Único de Saúde e possui como eixo prioritário a Estratégia Saúde da Família, visando a reorganização dos cuidados primários em saúde e a garantia da atenção de forma multidisciplinar, contínua e integral. Cerca de 85% das demandas de saúde da população são passíveis de serem solucionadas na APS, na qual os médicos de Família e Comunidade são atores imprescindíveis para sua viabilidade. Porém, no Brasil, em 2020, os registros nessa especialidade correspondiam a apenas 1,7% de todos os médicos que atuam no país. **Objetivo:** Analisar se existe relação entre as coberturas populacionais da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família e a distribuição de médicos de Família e Comunidade no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, ecológico, de natureza quantitativa e analítica. O universo de estudo incluiu as 26 unidades da federação e o Distrito Federal. Os dados utilizados foram secundários, coletados em bases governamentais e oficiais distintas. As variáveis de análise foram: os percentuais de registros médicos na especialidade de Medicina de Família e Comunidade em relação ao número geral de registros, a cobertura da Atenção Básica e da Estratégia da Saúde da Família, por unidade federativa e Distrito Federal. **Resultados:** A partir da disposição de médicos dessa especialidade por mil habitantes, observou-se maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste. Dos 26 estados e Distrito Federal, 20 apresentaram cobertura da Estratégia Saúde da Família maior do que a média nacional, porém, o percentual dessa variável se apresentou sempre menor que o da cobertura da Atenção Básica, sendo grande a diferença em alguns participantes. **Conclusão:** As unidades federadas que possuem maior cobertura da Atenção Básica apresentam maior percentual de médicos de Família e Comunidade, entretanto, não se pode afirmar o mesmo para a cobertura da Estratégia da Família. A distribuição de médicos de Família e Comunidade pelo território brasileiro pode estar relacionada tanto com o porte populacional e quantitativo geral de médicos registrados, quanto com características contextuais das unidades federadas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Conceito Ampliado de Saúde, discutido durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), estabeleceu a relação intrínseca entre o desenvolvimento socioeconômico e o processo saúde-doença. Com a promulgação da Constituição de 1988, assegurou-se por meio do artigo 196 a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e

DOI: 10.51161/conasf/15546

intensificaram-se as discussões acerca da necessidade de um sistema universal de saúde para o país. Dessa forma, baseado nos princípios de universalização, equidade, integralidade e descentralização e em consonância com as diretrizes determinadas pela Declaração de Alma-Ata, que incentivou os governos a implantar a Atenção Primária à Saúde (APS) em seus sistemas de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi então regulamentado em 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Alinhada aos princípios do SUS, a APS representa o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, "caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família e da orientação comunitária das ações". Desse modo, a APS age como um filtro capaz de organizar e direcionar os serviços de saúde de acordo com seus níveis de complexidade (STARFIELD, 2012).

No contexto da APS, o Brasil incorporou o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF), implementado em 1994, inicialmente denominado Programa de Saúde da Família (PSF). O principal objetivo da ESF é a reorganização dos cuidados primários em saúde e a garantia da atenção de forma multidisciplinar, contínua e integral, por meio APS (BRASIL, 2000).

Para o acompanhamento e atendimento dos usuários, a ESF é organizada em equipes de Saúde da Família (eSF) compostas por, no mínimo, médico generalista, especialista em Saúde da Família ou com residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, observa-se que são atribuições do médico de Família e Comunidade realizar tanto atividades programadas como de demanda espontânea. Dentre essas encontram-se consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupos na Unidade Básica de Saúde (UBS), e quando necessário, nos domicílios ou em outros espaços comunitários, como escolas ou associações. Além disso, é de sua responsabilidade, quando necessário, encaminhar pacientes a outros níveis de atenção, mantendo a sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário (BRASIL, 2012).

Dessa forma, a atuação desses profissionais favorece a otimização da saúde populacional atrelada a recursos disponíveis, assim como a minimização de iniquidades entre os diferentes grupos populacionais, proporcionando maior acessibilidade aos usuários (STARFIELD, 2002). Prova disso reside no fato de que cerca de 85% das demandas de saúde da população são passíveis de serem solucionadas na APS, sem a necessidade de encaminhamento para níveis de maior complexidade e, consequentemente, maior custo (SIMAS, *et al.*,2018).

No entanto, apesar dos dados apresentados, nos quais percebe-se que a APS é priorizada como o alicerce do SUS e o quão importante são as funções exercidas pelos médicos de MFC que atuam na ESF, o número de profissionais médicos especializados nessa área no Brasil é escasso. De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), no ano de 2020, especialistas em MFC correspondiam a 1,7% de todos os especialistas que atuam no país, reforçando a baixa adesão e a diminuta distribuição desse recurso humano no território nacional (SCHEFFER, *et al.*, 2020).

Diante disso, o presente estudo visa analisar se existe relação entre as coberturas populacionais da Atenção Básica (AB) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a distribuição de médicos de MFC no território brasileiro.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, ecológico, de natureza quantitativa e analítica. O universo de

estudo incluiu as 26 unidades da federação e o Distrito Federal (DF). Utilizou-se fontes de dados secundárias, tais como bases governamentais e oficiais distintas.

A variável dependente do estudo foi o percentual de registros médicos na especialidade de MFC em relação ao número geral de registros, por unidade federativa e Distrito Federal para o ano de 2020, sendo o valor de referência de 1,7% (SCHEFFER, *et al.*, 2020). Para obtenção dessa variável, foram consultados os dados do CFM e dos Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

As variáveis independentes foram os percentuais de cobertura da Atenção Básica (cobAB) e da Estratégia da Saúde da Família (cobESF) para o ano de 2020. Esses dados foram extraídos do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB).

Os dados de interesse foram transcritos para um Banco de dados no programa Excel® 2010 e duplamente conferidos pelos pesquisadores. Os dados foram codificados e exportados para o *software* estatístico SPSS® 20.0 *for Windows*. Quanto à análise estatística, mediante a distribuição normal da amostra, observada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, foram realizadas análises bivariadas entre a variável desfecho e as variáveis independentes utilizando o Teste-t independente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídas na amostra as 26 unidades da federação e o Distrito Federal (DF). A tabela 1 apresenta o quantitativo geral de médicos registrados, a variação média por mil habitantes, o quantitativo de médicos registrados na especialidade de MFC, a variação média de médicos de MFC por mil habitantes e o percentual de registros em MFC em relação ao número total de profissionais por estado e DF.

Tabela 1 – Profissionais médicos registrados no Conselho Federal e Conselhos Regionais, Brasil, 2020.

Unidade da Federação	Quantitativo geral de registros em 2020	Médicos por 1.000 habitantes	Quantitativo de registros em MFC em 2020	MFC por 1.000 habitantes	% de registros em MFC em 2020
Acre	1.058	1,07 - 1,27	44	4,88 – 8,77	4,15
Alagoas	5.266	1,27 - 1,62	48	1,17 – 1,75	0,91
Amapá	1.006	1,07 - 1,27	00	0,00 – 1,17	0,00
Amazonas	5.398	1,27 - 1,62	71	1,17 – 1,75	1,31
Bahia	24.413	1,62 - 1,90	146	0,00 – 1,17	0,59
Ceará	15.100	1,62 - 1,90	263	2,29 – 3,35	1,74
Distrito Federal	15.413	2,79 - 5,11	226	4,88 – 8,77	1,46
Espírito Santo	11.070	2,43 - 2,79	138	3,35 – 4,33	1,24
Goiás	16.027	2,02 - 2,43	128	1,75 – 2,29	0,79
Maranhão	7.642	1,07 - 1,27	46	0,00 – 1,17	0,60
Mato Grosso	6.666	1,90 - 2,02	134	3,35 – 4,33	2,01
Mato Grosso do Sul	6.552	2,02 - 2,43	62	1,75 – 2,29	0,94
Minas Gerais	56.412	2,43 - 2,79	962	4,33 – 4,88	1,70
Pará	4.212	1,07 - 1,27	132	1,17 – 1,75	1,43
Paraíba	8.194	2,02 - 2,43	112	2,29 – 3,35	1,36
Paraná	28.513	2,43 - 2,79	522	4,33 – 4,88	1,83

DOI: 10.51161/conasf/15546

Pernambuco	19.318	2,02 - 2,43	173	1,75 – 2,29	0,98
Piauí	5.250	1,27 - 1,62	21	0,00 – 1,17	0,40
Rio de Janeiro	63.873	2,79 - 5,11	835	4,33 – 4,88	1,30
Rio Grande do Norte	6.741	1,90 - 2,02	143	3,35 – 4,33	2,12
Rio Grande do Sul	32.838	2,79 - 5,11	998	4,88 – 8,77	3,03
Rondônia	3.160	1,62 - 1,90	22	1,17 – 1,75	0,69
Roraima	955	1,27 - 1,62	21	3,35 – 4,33	2,15
Santa Catarina	18.927	2,43 - 2,79	561	4,88 – 8,77	2,96
São Paulo	146.970	2,79 - 5,11	1.228	2,29 – 3,35	0,83
Sergipe	4.379	1,62 - 1,90	44	1,75 – 2,29	1,00
Tocantins	3.155	1,90 - 2,02	71	4,33 – 8,77	0,22

Fontes: Conselhos Federal e Regionais de Medicina (2020); SCHEFFER, *et al.* (2020)

Observa-se que a distribuição de médicos pelo território brasileiro é bastante heterogênea. Apesar de existirem diferenças explicadas pelo porte populacional das unidades federadas, é notável a iniquidade existente entre as cinco grandes regiões. Nesse sentido, analisando-se a disposição de médicos por mil habitantes, nota-se maior prevalência nas regiões Sul e Sudeste, enquanto as regiões Norte e Nordeste são as que mais carecem desses profissionais, com destaque para os estados do Amapá (que até 2020 não possuía nenhum registro), Maranhão e Pará. Esses resultados se assemelham aos publicados por SCHEFFER, *et al.* (2020), que também calcularam a média de médicos especialistas em MFC por 1.000 habitantes para o mesmo ano. Observa-se que as regiões Sul e Sudeste foram as com maior número desses profissionais, com destaque para os estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. No entanto, o estado do Acre, apesar de estar situado na região Norte, possui baixo número de profissionais médicos por mil habitantes (1,07 - 1,27), porém possui maior número de especialistas em MFC por mil habitantes (4,88 – 8,77). É importante salientar que uma maior quantidade de especialistas não garante o acesso da população à APS. Segundo a literatura, a extensão de cobertura encobre barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da ESF nos espaços urbanos da região Norte, além do fato conhecido de que as populações rurais se distribuem de forma esparsa no território amazônico e que enfrentam limitações de acesso aos serviços de saúde (GARNELO *et al.*, 2018).

Diante desses dados, a hipótese é a de que a distribuição de especialistas em MFC pelo território brasileiro pode estar relacionada tanto com o porte populacional e quantitativo geral de médicos registrados, quanto com características contextuais das unidades federadas.

Nesse contexto, uma vez que o principal campo de atuação dos médicos de MFC encontra-se na APS do SUS (COELHO NETO *et al.*, 2019), a tabela 2 apresenta os percentuais de cobAB e cobESF para os 26 estados e DF.

Tabela 2 – Cobertura da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2020.

Unidade da Federação	% cobAB	% cobESF
Acre	87,23	75,18
Alagoas	83,63	75,54
Amapá	84,86	63,73
Amazonas	77,10	64,12
Bahia	84,34	77,54

Ceará	87,80	83,88
Distrito Federal	58,72	54,00
Espírito Santo	79,46	65,11
Goiás	72,94	64,07
Maranhão	85,75	85,44
Mato Grosso	79,94	70,12
Mato Grosso do Sul	80,31	74,57
Minas Gerais	87,98	77,53
Pará	64,49	57,64
Paraíba	97,83	94,99
Paraná	79,57	63,31
Pernambuco	81,96	76,98
Piauí	99,15	99,03
Rio de Janeiro	58,94	47,55
Rio Grande do Norte	85,71	80,56
Rio Grande do Sul	73,93	54,87
Rondônia	75,23	69,92
Roraima	84,56	66,52
Santa Catarina	88,36	78,19
São Paulo	62,92	38,82
Sergipe	92,67	86,63
Tocantins	94,62	92,76
Brasil	76,08	63,62

Fonte: Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (2020)

O PSF implantado em 1994 e aprimorado nos anos subsequentes como ESF constitui o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da APS no Brasil. Isso pode ser visualizado pela alta cobertura encontrada na maior parte dos estados brasileiros, uma vez que das 26 unidades federadas e DF, 20 apresentam a cobESF maior do que a média nacional (63,32%). No entanto, a análise da tabela 2 evidencia que, como regra, o percentual da cobESF é sempre menor que o da cobAB, apresentando em alguns estados uma grande diferença entre os dois indicadores. Observa-se que no Rio Grande do Sul, em Roraima e em São Paulo os percentuais encontrados são muito divergentes. Segundo a literatura, apesar da ESF ser a principal forma de organização do SUS, o fato da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 ter reconhecido financeiramente outros tipos de equipes, como as equipes de Atenção Básica (eAB) e aumentado as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) diminuindo seu quantitativo nas equipes de Saúde da Família (eSF) somado a outros acontecimentos tais como a interrupção do Programa Mais Médicos corroboraram para a redução da cobESF (Brasil, 2017; GOMES *et al*., 2020).

Os resultados sugerem que além do porte populacional, a localização geográfica das unidades federadas somadas a outras características contextuais estejam relacionadas à distribuição de médicos especialistas em MFC no território brasileiro. Ademais, outros estudos alertam para a importância das políticas públicas desenvolvidas no âmbito da APS para ampliação da cobertura tanto da AB quanto da ESF.

Nesse contexto, a análise do percentual de médicos de MFC em relação à cobertura da AB (tabela 3) demonstra que, em média, as unidades federadas que possuem maior cobAB (≥ 76,08%) possuem maior percentual de médicos de MFC ($t(25)=11,385$; $p<0,05$) quando comparadas aquelas com menor cobAB (< 76,08%). Porém, não se pode afirmar que as unidade federadas que possuem maior cobESF (≥63,62%) possuem maior percentual desses

profissionais (t(0)=0,000; p>0,005).

Tabela 3 – Análises bivariadas entre as variáveis de cobertura da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família e o percentual de médicos de Família e Comunidade, Brasil, 2020.

Variáveis	Categorias	% MFC < 1,7 %		% MFC ≥ 1,7 %		IC	p*
		N	%	N	%		
cobAB	< 76,08%	06	22,2	01	3,8	-0,687_0,173	0,002
	≥ 76,08%	12	44,4	08	29,6		
cobESF	< 63,62%	04	14,8	02	7,5	-0,467_0,467	1,000
	≥63,62%	14	51,8	07	25,9		

IC, intervalo de confiança; *valor de referência para o Teste t para amostras independentes

Esses resultados sugerem que outras características contextuais possam estar implicadas na distribuição desses profissionais pelo Brasil, sendo necessária a realização de mais pesquisas que investiguem outros fatores regionais que expliquem a má distribuição de especialistas em MFC, para que seja possível fomentar políticas públicas que incentivem médicos a optarem pela especialidade e a ocuparem cargos em regiões nas quais haja maior necessidade, garantindo assim, o princípio da equidade do SUS.

4 CONCLUSÃO

As unidades federadas que possuem maior cobAB possuem maior percentual de médicos de MFC quando comparadas aquelas com menor cobAB, porém não se pode afirmar que as unidades federadas que possuem maior cobESF possuem maior percentual desses profissionais. A distribuição de especialistas em MFC pelo território brasileiro pode estar relacionada tanto com o porte populacional e quantitativo geral de médicos registrados, quanto com características contextuais das unidades federadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 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).

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p.1-4, 2019.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S.; CARVALHO, H.; FERNANDO, J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

GOMES, C. B.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1327-1338, 2020.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUERRA A. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco; 2002. 725p.

DOI: 10.51161/conasf/15546