

# Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia - Brasil

## Understanding the Need for Doctors in Innerstate Amazon - Brazil

Rodrigo Pinheiro Silveira<sup>I</sup>  
Roseni Pinheiro<sup>II</sup>

### PALAVRAS-CHAVE

- Área Carente de Assistência Médica;
- População Rural, Brasil;
- Educação Médica.

### KEYWORDS

- Medically Underserved Area;
- Rural Population, Brazil;
- Medical Education.

### RESUMO

Um dos dilemas atuais do setor saúde no mundo é a má distribuição de médicos entre áreas rurais e urbanas, e entre capitais e interior. No Brasil, a Região Norte é a que possui a menor quantidade de médicos por habitantes. O objetivo deste estudo foi analisar os indicadores de distribuição de médicos na Região Norte, com especial atenção para as disparidades entre capitais e interior. Trata-se de um estudo ecológico, cujas fontes consultadas foram os bancos de dados ou documentos oficiais do IBGE, CFM e ANS. O principal indicador utilizado foi a relação de médicos por mil habitantes. A Região Norte possui um médico por mil habitantes. O conjunto de capitais possui 2,5, variando de 1,4 em Macapá a 3,4 em Belém. O interior da Amazônia possui 0,4, variando de 0,2 no Amazonas a 1,1 no Tocantins. O acesso a médicos nas capitais chega a ser mais de dez vezes superior no Amazonas e no Pará em relação ao interior. O local que mais necessita de médicos no Brasil é o interior da Amazônia.

### ABSTRACT

One of the current dilemmas in healthcare worldwide is the unequal distribution of doctors between rural and urban areas, and capital cities and smaller towns. The north of Brazil is the region with lowest number of doctors per capita. The aim of this study is to analyze the indicators of physician distribution in the north of Brazil, focusing especially on disparities between capital cities and smaller towns. This ecological study draws on official statistics and documents of Brazilian institutions. The main indicator used was the ratio of doctors per one thousand inhabitants. The northern region has one doctor per one thousand inhabitants. The number in the set of capital cities was 2.5, ranging from 1.4 in Macapa to 3.4 in Belem. In innerstate regions of the Amazon the figure was 0.4, ranging from 0.2 in Amazonas to 1.1 in Tocantins. Access to doctors in the capital cities of Amazonas and Pará is more than ten times greater than outside the capitals. This is the region of Brazil that is most in need of doctors.

Recebido em: 14/02/2014

Aprovado em: 29/08/2014

<sup>I</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ; Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC; Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Um dos dilemas atuais do setor saúde no mundo é a má distribuição de profissionais de saúde entre áreas rurais e urbanas, e entre capitais e interior, com destaque para os profissionais médicos. A elucidação deste problema e as evidências sobre os caminhos possíveis para enfrentar este desafio motivaram a formulação de recomendações por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) para políticas de recrutamento e fixação de médicos em áreas rurais ou remotas, com vistas ao aumento do acesso à saúde para essas populações<sup>1</sup>.

No Brasil, além dessas mesmas disparidades entre os meios rural e urbano, e capitais e interior, está bem estabelecida e mapeada a desigualdade na distribuição de médicos e de escolas médicas entre as regiões, prevalecendo uma concentração nas regiões Sudeste e Sul. Apesar de haverem sido realizados alguns programas de nível nacional para interiorização dos médicos, como o Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), essa má distribuição pouco se alterou em praticamente meio século de iniciativas<sup>2</sup>.

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina publicou a segunda edição de uma pesquisa denominada Demografia Médica no Brasil, dando números atuais do problema da má distribuição. O principal indicador usado na comparação é a relação de médicos por mil habitantes. As análises são realizadas considerando os Estados e as capitais, e utilizando fontes para quantificar os médicos registrados, contratados, cadastrados e ocupados<sup>3</sup>.

Esse estudo mostra que essa relação no Brasil como um todo é de 1,9 médicos por mil habitantes, não havendo ainda um consenso quanto ao fato de a mesma ser adequada ou estar aquém das necessidades do País. Comparando com outras realidades em nível mundial, essa relação fica abaixo de países como Inglaterra (2,74), Austrália (2,99), Argentina (3,16) e Uruguai (3,74) e acima de outros, como Chile (1,09), Bolívia (1,2) e Peru (0,9)<sup>4</sup>. Não obstante, existe clareza suficiente acerca da desigualdade entre as regiões, sendo esta maior no Sudeste e Sul, e menor no Norte e Nordeste. O mesmo se observa quando se comparam capitais com o interior, prevalecendo relações mais altas nas capitais, chegando a 11,6 em Vitória (ES) e bem abaixo no interior<sup>3</sup>.

A Região Norte é a que possui os piores indicadores, com todos os Estados abaixo de 1,4 médicos por mil habitantes, e suas capitais estão entre as com as piores relações no Brasil. Esses números evidenciam um panorama de maior vulnerabilidade, com importantes dificuldades no acesso a médicos na região. Além disso, essa realidade repousa num contexto

complexo, em que predomina uma grande extensão de floresta intocada e rios caudalosos, com longas distâncias e dificuldades de transporte, numa área que ocupa praticamente 60% do território brasileiro e onde 30% da população vive em meio rural<sup>5</sup>.

Este estudo tem por objetivo analisar os indicadores de distribuição de médicos especificamente na Região Norte do País, tendo como base a publicação do Conselho Federal de Medicina (CFM), com especial atenção para as disparidades entre capitais e interior nos Estados da Amazônia. Por meio desta análise, pretende-se gerar subsídios para a formulação de políticas públicas que possam enfrentar as desigualdades inter e intrarregionais existentes no Brasil.

## METODOLOGIA

O que chamamos de Amazônia Legal representa a manifestação do mais extenso bioma do País, que abrange a totalidade dos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, e parte dos Estados de Mato Grosso e Maranhão. Essa designação foi estabelecida em lei datada de 1966 para estabelecer políticas específicas para a região<sup>6</sup>. Trata-se da maior bacia hidrográfica e da área de maior biodiversidade do mundo. Lá vivem mais de 20 milhões de pessoas (12,3% da população nacional), sendo 30% no interior da floresta<sup>5</sup>. A densidade é de apenas 4,2 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo a do Brasil 20 hab/km<sup>2</sup>. Segundo Théry<sup>7</sup>, é a grande reserva de espaço do País, sendo praticamente a última fronteira de migração e expansão. Seu PIB representa apenas 5% do total, o que é produto de uma hierarquia de lugares para a implantação de empresas, que se instalam onde há maior rentabilidade e lucratividade<sup>6</sup>. Para efeito deste estudo, não consideraremos os Estados do Mato Grosso e Maranhão, pela dificuldade de caracterizar áreas parciais dos Estados quando se trabalha com dados agregados. Sendo assim, o estudo se detém no que corresponde à Região Norte em sua totalidade.

Trata-se de um estudo descritivo com dados agregados, podendo ser classificado como estudo ecológico. As fontes utilizadas foram os bancos de dados ou documentos oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>5</sup>, do CFM<sup>3</sup>, da Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>8</sup> e do recente estudo do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas coordenado pela equipe de educação médica da Universidade de São Paulo (USP)<sup>9</sup>.

Os principais dados e indicadores utilizados para a caracterização da região e comparação entre os Estados foram: a relação de médicos por mil habitantes, o percentual de médicos registrados nas capitais e no interior, o percentual de médicos

inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o percentual de médicos que atua no Sistema Único de Saúde (SUS) nas capitais e no interior. Além disso, foram calculados os percentuais de beneficiários de planos de saúde nos Estados e a diferença de acesso entre saúde suplementar e SUS.

O estudo do CFM<sup>3</sup> analisa de quatro formas a distribuição dos médicos: registrados, contratados, cadastrados e ocupados. A forma que interessa ao presente estudo é a de médicos registrados, que utiliza os dados dos Conselhos Regionais de Medicina, com base no endereço de registro dos médicos em cada Estado.

A referência utilizada para a população brasileira, dos Estados e capitais foi a mesma empregada no estudo do CFM. Na estimativa da população do interior, subtraiu-se a população da capital da população do Estado. Na estimativa do número de médicos no interior, seguiu-se o mesmo procedimento, considerando os médicos das capitais e de cada Estado. O cálculo da relação de médicos por mil habitantes no interior considerou essas duas estimativas.

O cálculo dos percentuais de médicos cadastrados no CNES e de médicos que atuam no SUS considerou o número de médicos nessas duas condições em relação ao total de médicos registrados em cada Estado da Região Norte. A estimativa para o interior considerou a diferença do número de médicos nas capitais para o total de médicos em cada Estado.

O cálculo da diferença de acesso a médicos da saúde suplementar e do SUS foi realizado com base na razão entre as relações: médicos da saúde suplementar/beneficiários de planos de saúde e médicos que atuam no SUS/usuários. O número de médicos da saúde suplementar foi estabelecido a partir da diferença entre o total de médicos e aqueles que atuam no SUS. Mesmo sabendo-se que esse número é subestimado, pois muitos médicos atuam nos dois subsistemas, utilizou-se esse número em virtude de menor possibilidade de erro e admitindo-se a subestimação do resultado final. O número de usuários do SUS foi estabelecido com base na diferença entre o total da população e o número de beneficiários de planos de saúde. Da mesma forma, esse número não é o real, pois muitas pessoas que utilizam planos de saúde em algum momento também usam o SUS, sendo o contrário mais difícil de acontecer.

Não houve necessidade de procedimentos estatísticos mais avançados, nem da aplicação de procedimentos de aprovação ética, pois as análises foram realizadas a partir da análise simples, principalmente dos dados agregados sobre a população e sobre os médicos, com base em outros trabalhos

ou em bancos de dados. Não há neste trabalho conflito de interesse de natureza alguma.

## RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra o intenso desequilíbrio na distribuição dos médicos entre as regiões do Brasil, tanto nas capitais como no interior, sendo a Região Norte a com menor disponibilidade de médicos nas duas condições. A relação de médicos por mil habitantes chega a ser quase três vezes superior nas capitais do Sul em relação às do Norte e mais de quatro vezes maior no interior do Sudeste em relação ao Norte. Essa disparidade é ainda maior quando comparamos as relações entre capitais e interior em todas as regiões, sendo as regiões Norte e Nordeste as que apresentam as maiores diferenças, com relações seis e dez vezes superiores nas capitais em comparação ao interior, respectivamente.

**TABELA 1:**  
**Relação de médicos por mil habitantes nas regiões do Brasil, nas capitais e no interior, e relação capitais/interior – Brasil, 2013**

Regiões	Total	Capital	Interior	Razão capitais/interior
Norte	1,0	2,5	0,4	6,3
Nordeste	1,2	4,1	0,4	10,3
Centro-Oeste	2,0	3,5	1,3	2,7
Sudeste	2,6	5,4	1,7	3,7
Sul	2,0	7,1	1,3	5,4

Em relação à Região Norte, ao se analisar o percentual dos médicos que atuam no interior em cada Estado, verifica-se que representa a minoria em todos eles, exceto no Tocantins, o último a ser oficializado, numa emancipação do antigo Estado de Goiás, tendo sua capital apenas 24 anos de existência (Tabela 2). A parcela de médicos registrados no interior representa 26,9% na Região Norte como um todo e se mantém, na maioria dos Estados, entre 5% e 30%, sendo o Amazonas aquele que tem o menor percentual (6,9%). Em Rondônia, esse percentual representa quase a metade dos médicos do Estado, e no Tocantins chega a quase 65%, apontando uma diferença estrutural no interior desses Estados em relação aos outros.

Nas capitais da Região Norte, existem atualmente 2,5 médicos por mil habitantes, variando entre 1,4 em Macapá e 3,4 em Belém. No interior, essa relação é muito inferior, havendo apenas 0,4 médico por mil habitantes. Em todos os Estados,

essa relação se mantém abaixo de 0,5, excetuando-se novamente os Estados de Rondônia e Tocantins. Analisando-se a razão entre capitais e interior, verifica-se que a relação é mais de seis vezes superior nas capitais quando se considera toda a região, permanecendo bem superior em todos os Estados, desta vez sem exceção. As maiores diferenças estão nos maiores Estados da Região – Pará e Amazonas –, onde as relações são dez vezes ou mais superiores nas capitais (Tabela 2).

**TABELA 2:**  
**Percentual de médicos no interior e relação médico/mil habitantes nas capitais e no interior nos Estados da Região Norte – Brasil, 2013**

	% médicos no interior	m/mil h Capital	m/mil h Interior	Diferença: razão capital/interior
Acre	20	1,9	0,4	4,7
Amapá	15,7	1,4	0,4	3,5
Amazonas	6,9	2,0	0,2	10
Pará	26,5	3,4	0,3	11,3
Rondônia	45,9	2,4	0,8	3
Roraima	7,8	2,1	0,3	7
Tocantins	64,8	2,9	1,1	2,6
Região Norte	26,9	2,5	0,4	6,3

O Estudo Demografia Médica<sup>3</sup>, do CFM, contém dados sobre os médicos cadastrados no CNES e que atuam no SUS, o que permite uma análise um pouco mais elaborada da atuação dos médicos na Região Norte.

Analisando-se a Tabela 3, verifica-se que 76,1% dos médicos registrados na Região Norte são cadastrados no CNES e 65,5% atuam no SUS. Analisando-se os percentuais totais dessas duas condições (CNES e SUS) em cada Estado, verifica-se uma variação semelhante, permanecendo a maioria dos Estados próximo ao total da região, sendo pouco superiores no Acre e Amapá e pouco inferiores no Pará. A semelhança é também encontrada nas análises das capitais e do interior, sugerindo predominância do SUS no CNES na Região Norte, sendo quase correspondente no interior.

Nas capitais, os percentuais de médicos nas duas condições (CNES e SUS) são inferiores ao total, se aproximando mais no Amapá, em Roraima e em Rondônia, com diferenças inferiores a 5 pontos percentuais, e se distanciando mais no Amazonas e Pará, com diferenças acima de 10, sendo no último superior a 20 pontos percentuais. No interior, os percen-

tuais excedem 100% na região como um todo, ocorrendo em quatro Estados (Acre, Amazonas, Pará e Roraima), sendo no Amazonas superiores a 200% (Tabela 3). Esses dados indicam que na Região Norte uma parcela significativa de médicos mora nas capitais, mas trabalha em municípios do interior.

**TABELA 3:**  
**Percentual de médicos cadastrados no CNES e que atuam no SUS por Estados da Região Norte, nas capitais e no interior – Brasil, 2013**

Estados	Médicos cadastrados no CNES (%)			Médicos que atuam no SUS (%)		
	Total	Capital	Interior	Total	Capital	Interior
Acre	84,1	74,5	122,6	79,5	69	121,3
Amapá	89,7	88,4	96,2	85,9	84,2	95,2
Amazonas	79	67,5	234,3	70,1	58,1	231,1
Pará	72,6	48,7	138,7	58,9	36,1	122,2
Rondônia	77,7	73,3	82,9	63,1	61,7	64,7
Roraima	75,2	72,6	106	72,1	69,3	106
Tocantins	72,4	66,4	75,7	65,3	55,1	70,9
<b>Total</b>	<b>76,1</b>	<b>62</b>	<b>114,1</b>	<b>65,5</b>	<b>51,8</b>	<b>102,5</b>

Na Região Norte, a proporção de pessoas que possuem planos de saúde representa apenas 10% da população, sendo o Acre o Estado com menor percentual (5,6%). Nas capitais, as proporções alcançam quase 30%, contrastando com o interior, onde variam de 1,2 no Acre a 7,9 em Rondônia.

Levando em conta os dados sobre os beneficiários de planos de saúde e relacionando-os com o número de médicos que atuam no SUS, foi possível calcular as diferenças de acesso a médicos da saúde suplementar e do SUS por Estado. Na região como um todo, o acesso a médicos é 4,6 vezes maior na saúde suplementar do que no SUS. Essa diferença é maior no Pará e no Tocantins, chegando a sete vezes, e menor no Amazonas e no Amapá. Nas capitais, o acesso a médicos de planos de saúde é 2,9 vezes maior que no SUS, e as diferenças de acesso variam de maneira semelhante ao total dos Estados. No interior, a situação é *sui generis*, havendo na região como um todo e em alguns Estados mais médicos atuando no SUS do que médicos registrados nos municípios. Esse fenômeno inviabiliza a medida da diferença de acesso e indica claramente a importância do acesso ao SUS no interior da Amazônia. Nesta análise, destoa o interior do Estado do Tocantins, onde o acesso à saúde suplementar é 9,6 vezes maior que no SUS (Tabela 4).

**TABELA 4:**  
**Percentual de beneficiários do sistema de saúde e**  
**diferença de acesso a médicos na saúde suplementar e no**  
**SUS – Brasil, 2013**

Estados	Beneficiários de planos de saúde (%)			Diferença de acesso a médicos entre a saúde suplementar e o SUS*		
	Total	Capital	Interior	Total	Capital	Interior
Acre	5,6	11	1,2	4,3	3,6	0
Amapá	10,3	14,3	4,9	1,4	1,1	1
Amazonas	15,1	28,6	1,2	2,4	1,8	0
Pará	9,9	27,3	6	7	4,8	0
Rondônia	13,2	26,9	7,9	4,3	1,7	0,6
Roraima	6,6	10,3	0,5	5,4	3,8	0
Tocantins	6,9	22,1	4	6,8	3,0	9,6
<b>Total</b>	<b>10,8</b>	<b>24,3</b>	<b>5</b>	<b>4,6</b>	<b>2,9</b>	<b>0</b>

\* Razão entre as relações: [médicos que atuam na saúde suplementar / beneficiários de planos] sobre [médicos que atuam no SUS / usuários exclusivos do SUS].

## DISCUSSÃO

O desequilíbrio na distribuição de médicos ocorre no Brasil em várias dimensões: entre as regiões, entre capital e interior, entre áreas urbanas e rurais, entre áreas centrais e periféricas das regiões metropolitanas e entre assistência pública e privada<sup>9</sup>. Os índices são sempre mais favoráveis nas regiões economicamente mais privilegiadas, apontando uma relação estreita entre assistência médica e concentração de capital<sup>2</sup>. No Brasil, a Região Norte se encontra sempre nos extremos inferiores dessas desigualdades, pois se trata da região com pior situação socioeconômica. A população do interior representa 69,7% do total, o território rural é vasto e tem na baixa densidade demográfica a sua característica principal. Além disso, é onde a saúde suplementar tem menor cobertura<sup>8</sup>.

O indicador atualmente mais utilizado para medir as disparidades nessa distribuição é a relação de médicos por mil habitantes. O relatório do grupo de educação médica da USP sobre a distribuição de médicos e escolas médicas chama a atenção para as limitações desse indicador para comparações internacionais. Variáveis como estruturação do sistema de saúde, ênfase na formação de generalistas ou especialistas e centralidade da assistência nos médicos ou em equipes, influenciam a magnitude da necessidade de médicos e podem distorcer as comparações<sup>9</sup>.

Embora a legislação brasileira enfatize a organização local dos sistemas de saúde considerando o princípio da regiona-

lização e a municipalização, o modelo assistencial do Brasil é relativamente homogêneo, não havendo grandes diferenças nesses aspectos, como as observadas entre países. Entretanto, outros aspectos podem, talvez em menor medida, representar fatores limitantes ao uso do indicador, como as diferenças de acesso determinadas pela baixa cobertura da saúde suplementar na região e fatores geográficos, como as grandes distâncias e a baixa densidade demográfica da Amazônia, que também podem interferir nas necessidades de médicos. O mesmo relatório aponta que, apesar dessas limitações, o indicador é o mais utilizado em virtude da falta de um índice que considere a complexidade dos modelos assistenciais.

Atualmente, muito se tem debatido sobre a necessidade ou não de aumento do número de médicos no Brasil. Embora o tema seja de relevância social, as defesas não estão livres de interesses particulares, ideológicos, partidários ou corporativos. Enquanto as entidades médicas se fixam na, já bastante clara, má distribuição regional de médicos, as instâncias governamentais, nos três níveis de governo, apontam uma escassez absoluta de médicos e acenam com medidas de impacto para o aumento da relação de médicos por mil habitantes para cerca de 2,7, inclusive com o recrutamento de médicos estrangeiros.

Tanto o estudo realizado pelo CFM<sup>3</sup> como o relatório do grupo da USP elucidam detalhadamente o problema da má distribuição de médicos, reconhecido por todos os setores da sociedade. O último estudo se baseia em relatório da Organização Mundial de Saúde de 2011<sup>4</sup> para mostrar que o Brasil tem um dos menores índices entre os países estudados, que incluem os chamados “desenvolvidos” da Europa e da América do Norte, mas também alguns em melhores condições na América Latina (Argentina, Uruguai e Venezuela). Essa mesma comparação mostra que o índice no Brasil está a meio caminho entre os países de renda média baixa (1,01/1.000 habitantes) e os de renda média alta (2,24/1.000 habitantes).

Com base nessas comparações e em estudos que mostram não haver desemprego entre médicos, o relatório aponta que “os dados existentes sugerem que o número de médicos no Brasil é insuficiente para atender as necessidades do país” (p. 27). Este dado é corroborado quando se verifica que o número de postos de trabalho médicos criados nos últimos 20 anos – com a expansão da Estratégia Saúde da Família e a implantação de outros dispositivos do Sistema de Saúde, como as Unidades de Pronto Atendimento, os Centros de Apoio Psicossociais, os consultórios de rua, etc. – supera o número de egressos das faculdades de Medicina.

Quando se coloca uma lente de aumento na Região Norte e, mais ainda, no interior da Amazônia, constata-se o extre-

mo dessa desigualdade no Brasil. Os índices do interior da região chegam bem perto do nível dos países de renda baixa (0,28/1.000 habitantes), e alguns locais podem chegar a ter menores relações, como é o caso do interior do Estado do Amazonas, que possui 0,2 médico por 1.000 habitantes. Além disso, a diferença entre capitais e interior é uma das maiores do Brasil, havendo mais de seis vezes mais médicos por habitantes na capital em relação ao interior, perdendo apenas para a Região Nordeste. Algumas capitais da região chegam a ter níveis maiores que a média dos países de renda alta (2,86/1.000 habitantes), como no caso de Belém e Palmas.

O percentual de médicos no interior e as comparações da relação de médicos por mil habitantes mostram uma heterogeneidade entre os Estados da região. Rondônia e Tocantins têm índices sensivelmente maiores que os demais, o que, mesmo com diferentes justificativas, mostra a força econômica de seu interior. Rondônia é uma fronteira econômica da Amazônia, tendo havido incentivo maciço ao seu desenvolvimento a partir do agronegócio na segunda metade do século XX, com movimento migratório principalmente dos Estados do Sul em busca de novas terras. Já Tocantins é um Estado novo e possui um número bem maior de municípios que os outros Estados, sendo a maioria deles com extensão territorial e população de menor porte (52,5% das cidades têm menos de 5 mil habitantes). No outro extremo, Amazonas e Roraima têm a assistência médica quase totalmente centralizada na capital, com menos de 10% de médicos no interior.

Esses dados deixam clara a necessidade de políticas de distribuição, recrutamento e fixação de médicos na Região Norte, principalmente em seu interior. Além disso, dão pistas sobre os locais que necessitam de maior investimento e a problemática envolvida em cada local da Amazônia. Sua análise mostra que os Estados são diferentes, com contextos histórico-culturais e econômicos distintos, deixando claro que existem “algumas” Amazônias, que, embora compartilhem o mesmo bioma, vivem realidades territoriais diferentes. O sul da Amazônia – Rondônia, sul do Pará e Tocantins – vive a realidade da pressão do modelo de desenvolvimento, havendo maiores índices de desmatamento, com conflitos de terra, mas também maiores investimentos no interior, com agricultura e pecuária. Apesar disso, alguns autores, como Marques<sup>10</sup>, reconhecendo os avanços econômicos locais, apontam que estes nem sempre melhoram a qualidade de vida da população, podendo ocorrer à custa de danos sociais e principalmente ambientais, e sustentam a necessidade também de incentivos a pequenos produtores em convivência com o ambiente.

O Noroeste da Amazônia possui vastas áreas de floresta, com pequenas aglomerações ribeirinhas, áreas indígenas e

áreas estratégicas de fronteira, com uma problemática socioeconômica completamente distinta da primeira, evidenciando a importância das políticas sociais de interiorização, como nas áreas de saúde e educação, com vistas à melhora da qualidade de vida. No meio disso, grandes e tradicionais cidades, como Manaus e Belém, que já ostentaram grandes riquezas nos ápices dos ciclos da borracha, hoje sofrem com a transformação em grandes centros urbanos, com o aumento das áreas de periferia decorrente do êxodo das populações do interior em busca de mais recursos, dentre eles a atenção médica. É uma realidade na região o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), artifício utilizado pelos governos locais quando não há condições de diagnóstico ou tratamento no interior. Este cria um importante contexto de mobilidade entre interior e capitais em busca de cuidado médico especializado e realização de exames que não são feitos no interior.

Analisando-se os resultados em relação ao registro no CNES e o percentual de médicos que atuam no SUS, verifica-se uma distribuição similar entre as duas condições, o que indica que a grande maioria dos estabelecimentos de saúde da região pertence ao SUS, principalmente no interior, onde há quase uma correspondência entre esses percentuais em cada um dos Estados. O CNES pretende ser um banco de dados de todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, porém os dados indicam que grande parte desses últimos não é cadastrada, havendo menor possibilidade de monitoramento pelo poder público.

O percentual de médicos que atuam no SUS da Região Norte representa dois terços do total da região, variando de 58,1% no Pará a 85,9% no Amapá. Há uma variação grande das capitais para o interior, corroborando os dados do indicador principal. A análise dessa variação permite supor a parcela de população que possui planos de saúde, correspondendo ao poder aquisitivo da população da capital e do interior. Em Belém, Manaus e Palmas, o poder econômico da capital parece ser mais importante, havendo um percentual abaixo de 60% de médicos no SUS. No interior, Rondônia e Tocantins parecem ter melhores condições econômicas que os demais interiores.

A variação do percentual de médicos no SUS reforça as características distintas de cada Estado/mesorregião da Amazônia, como já apontado. Os índices próximos ou acima de 100% nos percentuais do interior de alguns Estados indicam haver uma característica peculiar na região, que é o fato de médicos morarem na capital (registro no CRM), mas realizarem seu trabalho no interior. Esse fato demonstra a importância de fatores externos à prática médica para a fixação do profissional, como oportunidades de trabalho para os cônjuges, escola para os fi-

lhos ou mais possibilidades de lazer. Esse dado pode indicar também a existência de múltiplos (dois ou mais) vínculos, sendo um numa cidade do interior. Essa característica é comum no meio médico, havendo a possibilidade de mais de um tipo de inserção – ambulatorio, plantão, enfermaria, etc. –, podendo os profissionais ter um tipo de inserção na capital e outro no interior.

Esse percentual acima de 100% pode atuar como fator de correção para o cálculo da relação de médicos por mil habitantes do interior. Por exemplo, no interior do Amazonas, o percentual de médicos que atuam no SUS é de 231%. Isto indica haver mais que o dobro dos médicos atuando no interior, e o índice pode chegar a aproximadamente 0,5 médico por mil habitantes. Mesmo assim, a diferença não chega a ser tão relevante para que altere a magnitude do problema, chegando inclusive a diminuir os índices do interior de Rondônia e Tocantins.

A Região Norte é a que tem a menor cobertura da saúde suplementar, sendo que no interior o sistema é quase 100% público. O percentual de beneficiários chega a no máximo 15% nos Estados e a 30% nas capitais. Ainda assim, o acesso a médicos no subsistema privado é significativamente maior que no SUS em quase todos os Estados, chegando a quase cinco vezes no Pará. Essa diferença de acesso não é significativa no interior da Amazônia, pois quase não há sistema privado, com exceção do Tocantins, provavelmente pelos motivos já explicitados.

Embora retratem as diferenças de acesso, os valores apresentados não são reais, pois o número de médicos na saúde suplementar considerado foi apenas a diferença entre o total de médicos e aqueles que atuam no SUS. Muitos dos médicos que atuam no SUS também trabalham na saúde suplementar, principalmente nas capitais, o que, se considerado, aumentaria significativamente essa diferença de acesso. Esses dados indicam que os médicos preferem ou precisam atuar no sistema privado, o que os mantém nas capitais e nas regiões de maior poder econômico, atuando como um fator dificultador da interiorização.

Os dados dos médicos no SUS e os relacionados à saúde suplementar ressaltam a força do SUS na Região Norte, com destaque para o interior, deixando clara a importância das políticas públicas para a população que habita a área rural da Amazônia. A fragilidade nessas políticas tem levado a consequências graves, como os piores indicadores de morbimortalidade na saúde, assim como altos índices de analfabetismo, evasão escolar e outras mazelas na Educação. Esses índices evidenciam a alta vulnerabilidade dessa população, colocando como desafio o fortalecimento dessas políticas no sentido da diminuição das disparidades regionais existentes.

Delimitar as causas dessa concentração de médicos no Brasil não é tarefa simples. Estudos têm demonstrado que nas raízes desse processo estão fatores de natureza diversa, indicando tratar-se de um problema de alta complexidade. Maciel Filho e Branco<sup>2</sup> apontam os principais condicionantes do processo histórico dessa concentração:

- Concentração regional da renda nacional nas regiões Sudeste e Sul;
- Pressão das forças de mercado no exercício profissional;
- Concentração da oferta de formação médica (graduação e residência médica);
- Desigualdade na distribuição de serviços de saúde;
- Maior índice de contratos temporários nas regiões Norte e Nordeste (precarização do trabalho);
- Baixo investimento público nessas regiões, levando a piores condições de trabalho e qualidade de vida.

Diante da elucidação do problema, é importante identificar caminhos para reduzir as disparidades regionais e entre capitais e interior na Amazônia. Inicialmente, há que se definir um modelo de desenvolvimento para a Amazônia que considere suas particularidades e que possa conciliar a melhoria da qualidade de vida com a preservação do meio ambiente. A melhoria das condições de vida e trabalho no interior pode favorecer a fixação de médicos, pois, além de proporcionar mais conforto e ressaltar os aspectos positivos das pequenas cidades, possibilita que a família esteja bem estabelecida, com oportunidades de trabalho e educação para seus membros.

Na área da saúde, os esforços recentes estão concentrados em programas de interiorização de médicos e na estruturação de uma rede de apoio a esses profissionais. O Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab) e o Programa Mais Médicos, lançados recentemente pelo governo federal com o propósito de prover profissionais em locais de difícil fixação, têm aumentado o contingente de médicos na Região Norte, inclusive no interior. É importante avaliar o impacto desses programas, a fim de apreender sua real contribuição para diminuir as disparidades regionais entre interior e capitais.

Duas ações têm sido incentivadas em apoio à interiorização de profissionais na Amazônia: a inclusão de equipes para atenção às populações ribeirinhas na Política Nacional de Atenção Básica, que possibilitou a construção de novas Unidades Básicas de Saúde Fluvial<sup>11,12</sup>; e a estratégia de Telessaúde, que fortalece a educação permanente dos profissionais, permitindo a comunicação em tempo real (síncrona), respostas às dúvidas do cotidiano e a realização de cursos de educação a distância<sup>13</sup>.

Embora essas ações sejam importantes para o enfrentamento da má distribuição de médicos no Brasil, as contribui-

ções das instituições de ensino para a interiorização da medicina são as mais estudadas pela literatura. A ação que reúne a maior quantidade de evidências internacionais para a fixação de médicos no interior é a seleção de pessoas com origem rural (*rural background*) para cursos de Medicina<sup>14,15</sup>. As outras duas ações de formação que visam contribuir para a solução do problema são os estágios no interior durante a graduação (internato rural) e a residência médica<sup>16</sup>. Estudos têm revelado que a realização de estágios no interior está associada à escolha da prática rural em algum momento da carreira. Alguns países têm avançado ainda mais na interiorização da graduação em Medicina, com a implantação de cursos em localizações rurais ou remotas<sup>17</sup>.

Algumas universidades na Região Norte, como as universidades estaduais do Amazonas e do Pará, vêm implantando programas de interiorização, contemplando políticas afirmativas de seleção (sistema de cotas) para alunos do interior, experiências de internato rural nos pequenos municípios e implantação de cursos de Medicina em centros secundários do interior, como no caso de Santarém (PA). Atualmente, está em curso a ampliação de vagas em cursos da Amazônia Legal e a abertura de novos cursos em localidades rurais, como Coari (AM) e Altamira (PA). Em relação à residência médica, a expansão dos programas para os Estados do Norte só se efetivou nas últimas duas décadas, chegando a Estados como Acre, Rondônia, Roraima e Tocantins há menos de 15 anos, sendo ainda muito concentrados nas capitais.

Não há como negar a necessidade de aumentar o número de médicos no Brasil, com especial atenção para as desigualdades existentes na Região Norte. São várias as ações necessárias para enfrentar o problema da má distribuição de médicos, em especial na região amazônica. Algumas delas, principalmente no âmbito dos serviços e do ensino, vinham sendo realizadas como iniciativas pontuais, mas estão sendo intensificadas neste momento, ainda de modo pouco articulado. A sinergia entre os processos tende a se verificar se houver aproximação entre as ações e a construção de objetivos comuns. Embora esse processo esteja em pleno curso, o mesmo não se verifica nas ações de desenvolvimento do interior da Amazônia.

Por fim, apesar da intensificação atual das políticas para a área médica com vistas à diminuição das desigualdades, não se têm verificado intervenções sobre a mercantilização da medicina, deixando razoavelmente intocados os fatores que mantêm essa situação relacionados à convivência (ou competição) entre os serviços públicos e privados de saúde. Muitos médicos não vão para o interior em razão da impossibilidade de atuação em âmbito privado em muitas localidades. A criação de uma carreira médica de Estado para a Atenção Primária no

interior pode contribuir desvinculando a atuação médica da ótica de mercado. Outrossim, as ações sobre os condicionantes macroestruturais que envolvem outras áreas – como educação, trabalho, meio ambiente e economia para a realidade da floresta e das grandes cidades – ainda não conseguem visibilidade e investimento, e acontecem de maneira independente das ações de saúde. E, num plano mais macro, o modelo de sociedade continua privilegiando o capital, num modelo de consumo que favorece a centralidade das regiões metropolitanas. Nesse contexto, a intervenção do Estado é importante para a criação de um gradiente de força que favoreça o público em relação ao privado, o Norte em relação ao Sul, o interior em relação às capitais, e o rural em relação ao urbano.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Genebra: World Health Organization; 2010.
2. Maciel Filho R, Branco MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
3. Conselho Federal de Medicina. Demografia Médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2013.
4. Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics 2011. Genebra, Suíça [capturado em: 15 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>.
5. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional [capturado em: 15 ago 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>.
6. Vianna ALA, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Cad Saúde Pública. 2007; 23(sup. 2): S117-S131.
7. Théry H. Situações da Amazônia no Brasil e no continente. Est Avançados. 2005; 19(53):37-49.
8. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS Tabnet. [capturado em: 15 jul. 2013]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia\\_novo.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm).
9. Universidade de São Paulo. Estudantes de Medicina e médicos no Brasil: números atuais e projeções. Projeto Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras. Relatório I. São Paulo: USP; 2013.

10. Marques MIMM. O conceito de espaço rural em questão. *Ter Livre*. 2002;18(19): 95-112.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.490/SAS, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1*, 24 out. 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para a Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. Rabinowitz HK. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved áreas. *New Eng Jour Med*. 1993; 328(13):934-939.
15. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A Program to increase the number of Family Medicine in underserved areas: impact after 22 years. *JAMA*. 1999; 281(3): 255-260.
16. Rourke JTB, Incitti F, Rourke, LL, Kennard M. Relationship between practice location of Ontário family physicians and their rural background or amount of rural medical education experience. *Can Journal of Rur Med*. 2005; 10(4):231-239.
17. Tesson G, Curran V, Pong RW, Strasser, R. Advances in rural medical education in three countries: Canadá, The United States and Austrália. *Rur and Rem Health*. 2005; 5: 397, 2005. Disponível em: [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_397.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_397.pdf)

#### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Rodrigo Pinheiro Silveira - pesquisa, análise e redação  
Roseni Pinheiro - orientação, análise e revisão da redação

#### CONFLITO DE INTERESSES

Não há neste trabalho conflito de interesse de natureza alguma.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rodrigo Pinheiro Silveira  
Rua Seringueira, 282  
Vila Acre – Rio Branco  
CEP 69909-734 – AC  
E-mail: [ropsilveira@gmail.com](mailto:ropsilveira@gmail.com)