

"Programa Mais Médicos: impacto na Atenção Primária à Saúde dos povos indígenas brasileiros"

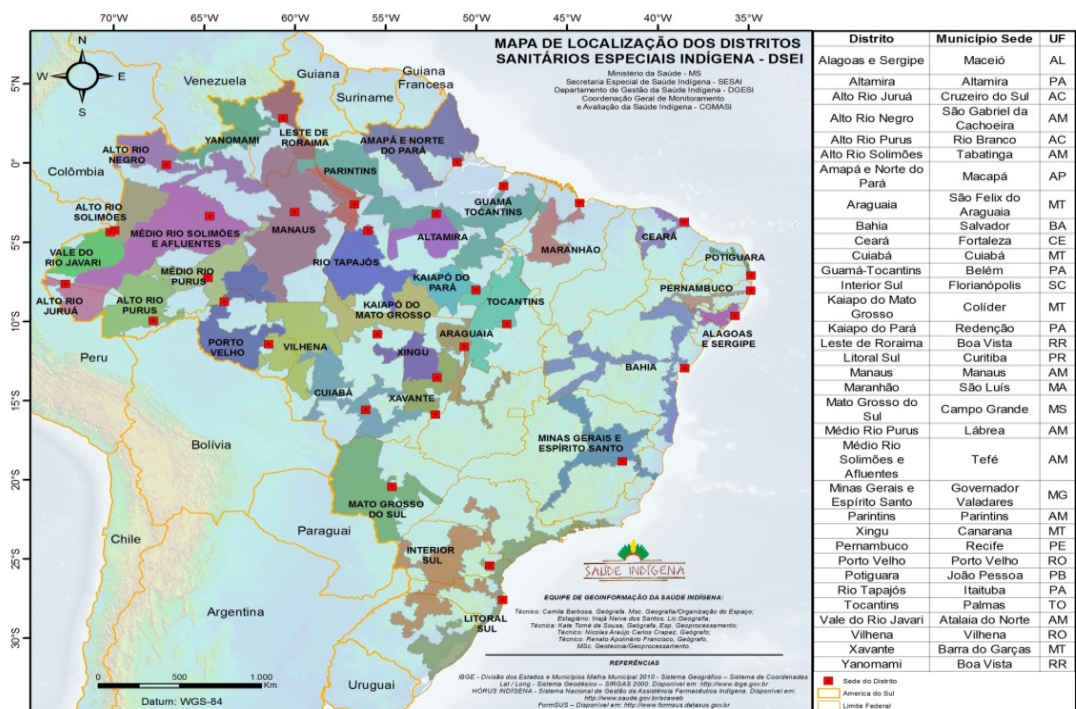
Fátima Sonally Sousa Gondim*
Maria da Graça Luderitz Hoefel**

OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO: analisar o impacto do Programa Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde dos povos indígenas no Brasil.

CONTEXTO E A DESCRIÇÃO DO PROBLEMA: A escassez de médicos em áreas remotas é um tema de preocupação mundial. No Brasil, historicamente as áreas indígenas apresentam grande dificuldade de contar com médicos nas suas equipes de saúde devido às dificuldades de acesso e à diversidade étnico-cultural, principalmente na Amazônia Legal. Por mais que o sistema de saúde indígena apresente uma organização diferenciada, sua operacionalização deve cumprir o princípio da integralidade em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), o território indígena brasileiro foi organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), sendo criados 34 Distritos, segundo aspectos demográficos, culturais, sociais e econômicos dos povos indígenas; divididos estrategicamente por critérios territoriais e geográficos das comunidades indígenas, e não, necessariamente por Municípios e/ou Estados; sendo responsável pela realização de atividades no território indígena, visando medidas de qualificação de atenção à saúde. Assim, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado com o objetivo de combater a problemática da escassez de médicos e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no País, tendo como uma de suas prioridades a alocação de profissionais na saúde indígena.

TEORIAS, OS MÉTODOS, OS MODELOS E OS MATERIAIS UTILIZADOS: Estudo ecológico transversal descritivo, realizado nos 34 DSEIs, que conta com população indígena aldeada de 684.333 habitantes em 2017, distribuída nas cinco regiões do País, com maior abrangência na região da Amazônia legal (59%, n = 404.465) e, tendo como bases de dados o Sistema de Informação do PMM do Ministério da Saúde (E – SUS MAIS MÉDICOS), correspondente ao ano de 2017.

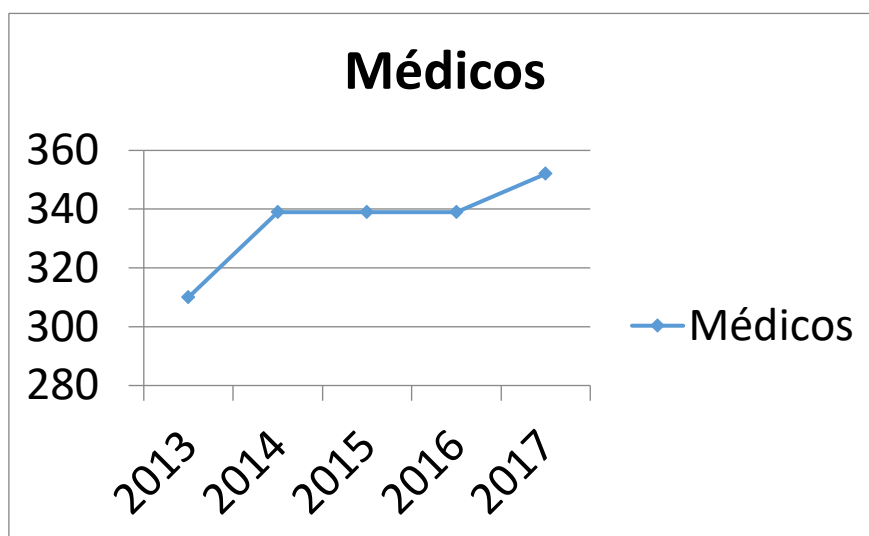
FIGURA 02: Distribuição dos 34 DSEIs no Brasil.



Fonte: SESAI (MS)/2017.

RESULTADOS E A DISCUSSÃO: Após a implantação do PMM, o cenário de escassez e ausência de médicos vem se transformando na saúde indígena. Dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde (SESAI/MS), foram incorporados nos DSEIs, no primeiro ano do Programa (2013), 310 médicos e, nos dois primeiros anos, 339 médicos.

Gráfico 01: Quantidade de médicos do PMM no período de 2013 à 2017.



FONTE: SESAI/MS (2017).

Em 2017, a saúde indígena contava com 352 médicos do PMM atuando na APS em seus territórios. Esse aumento representou uma ampliação de 79% em relação ao quantitativo de médicos que atuavam nessas áreas em agosto de 2013. O Ministério da Saúde (MS) considera o PMM um dos maiores impactos positivos para o aumento da cobertura e acesso aos serviços de saúde na APS na saúde indígena.

Tabela 01: Caracterização geral dos médicos do PMMB nos DSEIs, segundo variáveis de cadastro, Brasil, 2017.

variáveis demográficas	n.º	%	outras variáveis	n.º	%
Total	352	100	Nacionalidade		
Sexo			Brasil	43	12,2
masculino	311	88,4	Cuba	309	87,8
feminino	41	11,6	Pais de graduação		
Idade			Bolívia	12	3,6
25 a 29	77	21,9	Brasil	12	3,6
30 a 39	144	40,9	Camarões	1	0,3
40 a 49	74	21,0	Cuba	302	90,7
50 a 59	36	10,2	Paraguai	5	1,5
60 a 68	3	0,9	Venezuela	1	0,3
Região			DS		
Norte	201	57,1	Intercambista cooperado	309	87,8
Nordeste	72	20,5	Intercambista individual	28	8,0
Sudeste	8	2,3	CRM Brasil Mais Médicos	15	4,3
Sul	21	6,0	Entrada		
Centro-Oeste	50	14,2	ciclo 1 a 7	70	19,9
			ciclo 8 a 14	27	7,7
			reserva	255	72,4

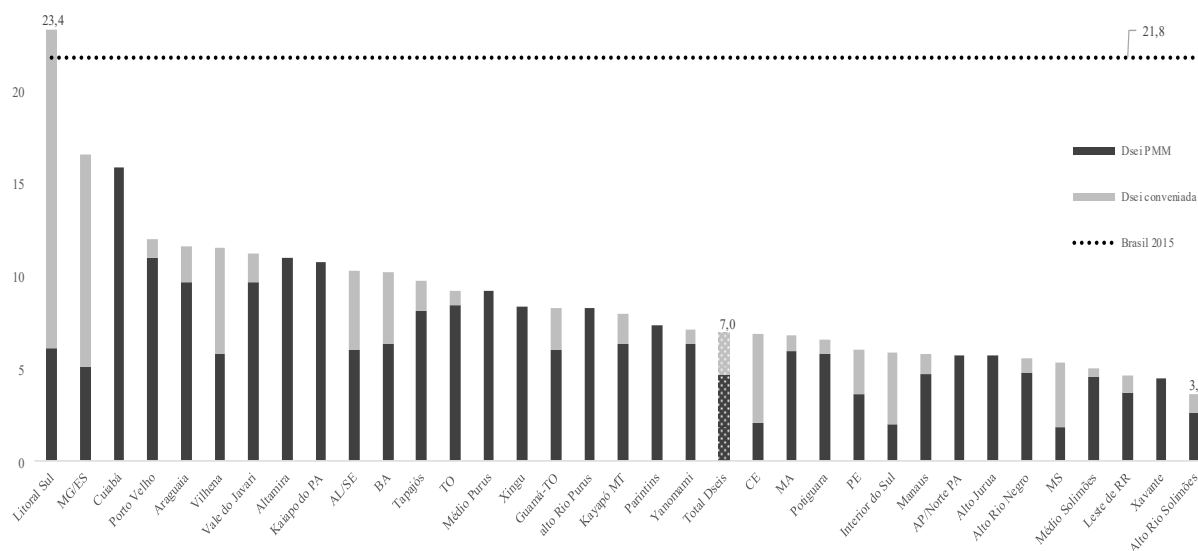
Nota: PMM= Programa Mais Médicos, Dseis= Distritos Sanitários Especial Indígena.

Os resultados demonstraram que os médicos eram em sua maioria do sexo masculino (88,4%), em sua maioria intercambista cooperado (87,8%). 57,1% dos profissionais estavam concentrados na região Norte, seguida de 20,5% no Nordeste. Estas regiões sempre foram marcadas pela ausência do profissional médico em suas equipes, além da difícil fixação destes, em especial no Norte, mas precisamente na Amazônia - legal. São regiões consideradas de maior vulnerabilidade, com especificidades territoriais e de logística mais complexas. Isso mostra o vazio assistencial que existia nessas regiões, por serem consideradas como menos atrativas pelos profissionais.

No que diz respeito à cobertura de médico/população, a taxa de médicos foi de 7,0 médicos por 10 mil indígenas em 2017, com presença de médicos em todos os 34 DSEIs. Dez Distritos apresentaram taxa formada em sua totalidade por médicos do Programa (Parintins, Cuiabá, Alto Rio Purus, Alto Jurua, Xavante, Médio Purus, Amapá/norte do Pará, Kaiapo do Pará, Xingu e Altamira), o que torna-se de extrema relevância, pois demonstra o Programa como a única estratégia até o momento que

possibilitou e garantiu a presença de médicos nas regiões norte e nordeste, principalmente as consideradas de difícil acesso.

FIGURA 05: Figura 01: Taxa de médicos (por 10 mil indígenas), segundo DSEI, Brasil, 2017.



Nota: taxa médicos do Brasil por 10 mil (modificada por autores) a partir dos dados publicados em: SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

Fonte: E-SUS (2017). SIASI (2017).

É notório que o PMMB impactou positivamente na cobertura da APS em resposta à necessidade de médicos na saúde indígena, correspondendo a 67% do total destes profissionais. Entretanto, mesmo diante dessa realidade é possível observar que correlacionando com a média nacional (21,8/10 mil), a cobertura médico/população dos distritos ainda é insuficiente para ampliação e universalização do acesso à saúde a essa população

CONTRIBUIÇÃO/O INTERESSE DA COMUNICAÇÃO EM RELAÇÃO AO ESTADO DA ARTE E ÀS PRÁTICAS ATUAIS: A implantação do PMM possibilitou não somente a cobertura, mas também o acesso da população indígena à saúde, fixação dos médicos e a ampliação das ações de APS nos territórios indígenas, considerando as especificidades étnico/cultural e o processo de trabalho diferenciado, sendo considerado como um dos grandes impactos positivos na saúde indígena. Ainda, a atuação destes profissionais tem sido considerada relevante e positiva, principalmente, por adotarem no processo de trabalho um padrão de responsabilidade sanitária que além de permitir atuar conforme perfil epidemiológico dos povos indígenas, propiciando estabelecer maior vínculo e interação com a comunidade devido a sua maior permanência nas aldeias. Além disso,

outro aspecto relevante foi a possibilidade do planejamento da distribuição dos médicos para a APS segundo os princípios do SUS, com foco na equidade, por favorecer os critérios de vulnerabilidade social e de populações específicas. Considerado ainda uma das boas práticas relevantes para a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aprovados na Cúpula das Nações Unidas sobre o desenvolvimento Sustentável, em setembro de 2015.

REFERÊNCIAS:

1. CARVALHO, V.K.S; MARQUES, C.P.; SILVA, E.N. A contribuição do Programa Mais médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21(9): 2773-2784.
2. GIRARDI, S.N. Et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 23(6): 2739-2748.
3. PINTO, H.A.; Et al. The Brazilian ore Doctors Program: evaluating the implementation of the “Provision” axis from 2013 to 2015. **Interface**, 2017; 21(1):1087-101.
4. BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. **Portaria Interministerial nº 1.369**, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. [acesso em 3 jun 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html.
5. SILVA, I. **Documento Técnico contendo proposta para cadastramento e monitoramento no CNES dos profissionais vinculados ao programa mais médicos para a saúde indígena**. Produto nº 2. Contrato Scon 2017-02193. Brasília; OPAS, 2017.