

**DESAFIOS NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE: REALIDADE DOS
MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE
CHALLENGES IN PUBLIC HEALTH MANAGEMENT: REALITY OF
SMALL-SIZED CITIES
LOS RETOS EN LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA: LA REALIDAD DE
LOS MUNICIPIOS**

Luiz Anildo Anacleto Silva¹, Rafael Marcelo Soder²,
Eduarda Signor³, Isabel Cristine Oliveira⁴, Leticia Petry⁵,
Vera Regina De marco⁶

RESUMO

A pesquisa buscou compreender quais são os desafios na gestão dos serviços de saúde. A pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos da pesquisa foram gestores municipais de saúde de 26 municípios

pertencentes a uma coordenadoria regional de saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados indicam que há sérias deficiências na oferta de serviços em diversas áreas, principalmente, nas áreas de urgência, emergência, terapia renal substitutiva e terapia intensiva, evidenciando também carências de médicos e enfermeiros na maioria dos municípios. O estudo mostra que dos 26 municípios, 21 municípios têm 100% de cobertura de Estratégias de Saúde de Família, enquanto que cinco têm cobertura superior a 90%. Conclui-se que as condições de saúde ofertadas aos usuários na região pesquisada estão aquém das reais necessidades, principalmente no que se refere à organização, estruturação e oferta de especialidades, assim como também o reduzido número de profissionais em algumas áreas.

¹ Enfermeiro. Mestre em Assistência de Enfermagem, Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. E-mail: luiz.anildo@yahoo.com.br

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. E-mail: rafaelsoder@smail.ufsm.br

³ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: eduardasignor@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. E-mail: isakbel@hotmail.com

⁵ Acadêmica de Enfermagem. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. E-mail: leticia.petry@hotmail.com

⁶ Acadêmica de Enfermagem. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - Campus de Palmeira das Missões. vera_demarco@hotmail.com

Descritores: Gestão em Saúde, Processo de Trabalho, Atenção em Saúde, Educação permanente em saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand the challenges in health service management. A qualitative, descriptive and exploratory study was undertaken. The research subjects were municipal health managers from 26 cities affiliated with a regional health coordination office in the State of Rio Grande do Sul. The results indicate severe deficiencies in the service supply in different areas, mainly in emergency care, renal replacement therapy and intensive care, also disclosing lacks of physicians and nurses in most cities. The study shows that, among the 26 cities, the coverage rate of the Family Health Strategy is 100%, against more than 90% in the other five cities. In conclusion, the health conditions offered to the users in the region under investigation are inferior to the actual needs, mainly regarding the organization, structuring and supply of specialized services, besides the small number of professionals in some areas.

Descriptors: Health Management, Work Process; Health care, Continuing education in health.

RESUMEN

La investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, buscó comprender cuáles son los retos en la gestión de los servicios de salud. Los sujetos del estudio son directores municipales de salud de 26 municipios pertenecientes a una coordinación regional de salud de Rio Grande do Sul. Los resultados indican que existen serias deficiencias en la prestación de servicios en diversas áreas, especialmente en las áreas de urgencias, emergencia, terapia de reemplazo renal y terapia intensiva, muestra también la escasez de médicos y enfermeras en la mayoría de los municipios. El estudio muestra que de los 26 municipios, 21 tienen el 100% de cobertura de las Estrategias de Salud de la Familia, mientras que 5 tienen una cobertura superior al 90%. Se concluye que las condiciones de salud que se ofrecen a los usuarios en el área de estudio son inferiores a las necesidades reales, sobre todo en lo que respecta a la organización, estructuración y oferta de especialidades, así como el reducido número de profesionales en algunas áreas.

Descriptor: Gestión de la Salud, Proceso de Trabajo, Cuidado de la Salud, Educación Continuada en salud.

INTRODUÇÃO

Estudos mostram que o principal desafio na gestão pública de saúde na região em que se desenvolveu a pesquisa está relacionado a inúmeros fatores, em especial, relativos ao processo de trabalho, decorrentes da falta de comprometimento das equipes; carência de profissionais; infraestrutura deficiente, falta de materiais e equipamentos; problemas na acessibilidade, acolhimento e humanização.¹

Em 1988, é criado, pela Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as Leis Orgânicas da Saúde, com o intuito de modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde, tornando obrigatória a oferta de atendimento público e gratuito. O SUS é destinado a todos os indivíduos e é custeado com fundos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e que compõem os recursos dos governos federal, estadual e municipal.²

Os municípios desempenham um importante papel nesse processo, em

função das características de descentralização adotadas pelas esferas federal, estadual e municipal de governo. Cada município da federação é responsável pela gestão do seu território, ou seja, controla, planeja, avalia e executa a maioria dos serviços de saúde. O trabalho dos gestores nas três esferas de governo e dos demais atores envolvidos nesse processo, fomentaram diretrizes, que ressaltam o comprometimento entre os gestores do SUS com a estabilidade da Reforma Sanitária Brasileira, evidenciada no amparo dos princípios do Sistema Único de Saúde assegurados na Constituição Federal.³

Embora hajam importantes avanços, os serviços de saúde ainda estão centrados nos modelos curativos e centralizados de atenção à saúde com ênfase na resolução de ‘doenças’. Nesses casos, de uma forma em geral, o processo de trabalho fica concentrado em uma tríade que se concentra na oferta de consultas médicas, nos exames e na distribuição de medicação.

Existem diferentes realidades municipais, as quais colocam os gestores da saúde frente a vários desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral, assim como problemas de financiamento,

ausência de redes integradas de serviços, problemas na pactuação dos serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, rotatividade de pessoal, dificuldades e morosidades burocráticas, falta de prioridades e interferência política.⁴

Em face desse quadro, a questão de pesquisa procurou-se responder: quais são os desafios na gestão dos serviços públicos de saúde no território de abrangência de uma coordenadoria regional de saúde?. O objetivo geral buscou compreender quais os desafios na gestão dos serviços de saúde, nos municípios de pequeno porte, na visão dos gestores municipais.

MÉTODO

O estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.⁵ A população amostral foi escolhida de forma proposital, intencional e deliberada,⁶ tendo como público-alvo 26 gestores municipais de saúde adscritos em uma coordenadoria regional de saúde. Cabe ressaltar que todas as entrevistas foram gravadas em sistema digital, realizadas a partir de um rol de perguntas de um instrumento com questões semiestruturadas, após

transcritas foram validadas pelos sujeitos do estudo..

Incluíram-se todos os sujeitos que, após a exposição das perguntas e dos esclarecimentos relativos às questões éticas, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e participar do estudo. Não houve exclusões em razão de que todos os sujeitos aderiram à pesquisa. Os preceitos éticos foram seguidos conforme determinado pela Resolução 466 (2012),⁷ sendo o projeto de pesquisa aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (termo consubstanciado nº 306.040).

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são advindos de entrevistas realizadas com 26 gestores municipais de saúde de 26 municípios que compõem uma determinada coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, entrevistaram-se 100% dos gestores municipais de saúde da coordenadoria pautada no estudo. A soma da população dos municípios que compõem a coordenadoria regional de saúde está em aproximadamente 160 mil habitantes. A região disponibiliza para a população uma média geral de um leito hospitalar para cada 2.680

habitantes (média geral), incluindo sistema público, particulares e convênios. O número de leitos hospitalares disponibilizados no serviço público é de 1 para cada 3.630 pessoas. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio nessa região é de 0,703, o que posiciona os municípios pesquisados na faixa média de 1811º do ranking das cidades brasileiras..

O melhor IDHM obtido (0,777) está no município 26, IDHM renda, IDHM longevidade e IDHM educação, com índices de 0,776, 0,858 e 0,705, respectivamente, o que o coloca na 157ª de classificação das cidades brasileiras. O menor índice está no município 14 com IDHM médio de 0,613, IDHM renda (0,604), IDHM longevidade (0,822) e IDHM educação (0,705), os quais colocam o município no 3847º lugar entre os 5565 municípios brasileiros.⁸

O IDH é uma medida comparativa para classificar países pelo seu grau de desenvolvimento humano, como *desenvolvidos*, *em desenvolvimento* e *subdesenvolvidos*. Os dados estatísticos são compilados a partir de dados, tais como *expectativa de vida ao nascer*, *educação* e a *renda per capita*. O IDH pode ser utilizado

também por estados, cidades, aldeias, entre outras.⁸

A contratualização de leitos hospitalares pelo Sistema Único de Saúde é de 73,8 %. Em se tratando de recursos humanos, o mapa de saúde indica que a média entre os municípios da regional pesquisada é de 1 médico para 1.446 habitantes, enquanto que a melhor relação médico/habitantes é de 1 para 326 no município 21, 1/394 no município 20, 1/509 no município 18, 1/585 no município 21. Por outro lado, no município 14 a relação médico/habitante é de um médico para 2.759 habitantes e de 1 para 2.427 no município 2 e 2288 no município 1.

A relação média de enfermeiros/habitantes é de 1 para 1.415 na região pesquisada, enquanto que a melhor relação está no município 16 com uma relação de 1/509, seguidos dos municípios 12 e 4, com um percentual de uma enfermeira para 621 e 734 habitantes, respectivamente. Por seu turno, o menor percentual está no município 14, com uma relação de um enfermeiro para 2.759 habitantes, seguido pelos municípios 3 e 26, com um percentual de 2427 e 2660 habitantes por enfermeira. A cobertura de atenção pelas Estratégias de Saúde da Família é de 100% em 21

municípios, enquanto que nos outros cinco a cobertura territorial é superior a 90%.

DISCUSSÃO

A Portaria nº 1101⁹ estabelece que a oferta total de leitos hospitalares deva ser de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes. Os leitos de unidades de terapia intensiva devem ser de 4% a 10% do total de leitos hospitalares, necessitando-se prever salas de recuperação pós-anestésicas na relação de 2 a 3 leitos para cada sala cirúrgica, além de 2 leitos de pré-parto por sala de parto. Para fins de estruturação e organização dos serviços e a devida atenção, preconiza-se de 2 a 3 consultas médicas por ano e 0,5 a 2 atendimentos odontológicos. No geral, estima-se que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região. Necessita-se também estabelecer um percentual de 12% para consultas básicas de urgência, 3% para consultas de urgência pré-hospitalar e 22% de consultas médicas especializadas e 2,28 a 6,43 consultas de enfermagem.⁹

Os dados da pesquisa indicam que a oferta de total de leitos hospitalares na região estudada está de

acordo com o preconizado na legislação. Porém, esse número está aquém da necessidade quando se refere à prestação de serviços de média e alta complexidade, principalmente pela oferta de atendimento na área de urgência/emergência e terapia intensiva. Seguindo os preceitos que constam no decreto 7.508¹⁰, na região estudada o número de leitos disponíveis dever-se-ia ter entre 24 e 60 leitos de terapia intensiva, porém, na realidade nela não há um único leito para essa especialidade.

Também não há na região nenhum serviço de urgência e emergência, para o atendimento dos casos agudos de alta complexidade. Os casos graves normalmente são encaminhados a outros serviços em cidades próximas, com uma distancia aproximada de 100 quilômetros. Importa também dizer que os leitos hospitalares disponibilizados nessa região, são para o atendimento de baixa complexidade.

A legislação preconiza um total de 3%¹⁰ para atendimentos de urgência pré-hospitalar e trauma. Levando-se em consideração o número de habitantes na região, isso indica que aproximadamente 5.000 pessoas necessitam ser deslocadas de seus

municípios para o atendimento dos casos agudos em outras cidades. Considerando-se a exposição de duplo risco, esse é advindo das constantes viagens e, também, de agravamento de situação de saúde dos usuários pelo tempo de espera e de transporte, assim como também a exposição dos trabalhadores em saúde.

Para Alves, Rocha e Ribeiro ¹¹, os trabalhadores em saúde que atuam na remoção/acompanhamento de pacientes, também estão expostos a riscos, sejam esses físicos e ambientais, como acidentes em rodovias, violência em aglomerados, sol, chuva. Agregam-se a estes os riscos biológicos decorrentes da exposição aos microrganismos, riscos físicos advindos de condições de iluminação, temperatura, ruídos, psicossociais, vinculados a tensão constante, estresse, fadiga, trabalho em turnos prolongados, riscos ergonômicos, vinculados à necessidade de uso da força para mobilizar peso excessivo, trabalho em posições incômodas.

Os riscos com transporte de pacientes estão vinculados à gravidade dos casos, assim como a sua segurança e, acima de tudo, à manutenção das condições vitais até o local de atendimento especializado, associado ao fato de que cada município deve prever

os meios de transporte, materiais, medicamentos, equipamento e pessoal especializado. Também se observa que as cidades que ofertam serviços de urgência e emergência mais próximas, estão trabalhando com sua capacidade de atendimento acima do limite recomendado.

Também está preconizado que se disponibilizem à população 63% do total de consultas básicas, o que nos permite concluir que os serviços de saúde na maioria dos municípios pesquisados têm como dar vazão a essa necessidade. Contudo, o mesmo não se pode afirmar quando se aborda a questão das consultas médicas especializadas, para as quais estão previstas 22% das consultas programadas.

A Portaria 1101 preconiza que deve haver uma máquina de terapia renal substitutiva para cada 15.000 habitantes (além de máquinas de proporção em três turnos). Portanto, nessa região dever-se-ia ter um serviço de nefrologia com um mínimo de 11 máquinas. ⁹ Também, estima-se que 40 pacientes/100 mil/habitantes/ano necessitarão desse tipo de terapia. Porém, a região também não disponibiliza esse tipo de atendimento e o serviço mais próximo para a maioria

dos municípios está a 70 km de distância, o que expõe os usuários a se deslocarem três vezes por semanas para municípios próximos, acentuando-se os problemas de saúde e a exposição a riscos.

O Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica indica que o número estimado de pacientes que necessitavam de atendimento nefrológico em 2012 era de 97.586 pessoas. Número esse que vem gradualmente crescendo ao longo dos anos, sendo que houve um aumento de 3% em 2011 em relação a 2010. A taxa de prevalência de tratamento dialítico em 2012 foi de 503 pacientes por um milhão de habitantes.¹² O que denota que na região em que foi desenvolvida o estudo aproximadamente 75 dos habitantes em algum momento necessitarão de atendimento nesta área de especialização.

O percentual de pacientes em diálise com idade menor de 12 anos foi de 0,3%, entre 13 e 18 anos 4,2%, entre 19 e 64 anos de 63,7%, de 65 a 80 anos 27,7% e acima de 80 anos 4,2%. Houve um acréscimo de 1,6% em crianças e há estabilização entre os idosos. O diagnóstico prevalente de doença renal primária consta de hipertensão arterial (34%), diabetes (20%),

glomerulonefrite crônica 13%, rins policísticos 4%, outros diagnósticos 11% e indefinição diagnóstica 10%.¹²

A pesquisa registra estimativa nacional de taxas de prevalência de doença renal de 503 casos e a incidência de 177 pacientes por um milhão de habitantes. Se partirmos desses indicadores para comparativamente entender as necessidades do atendimento nefrológico, pode-se antever que, na região em que se desenvolveu o estudo, aproximadamente 26 pessoas por ano necessitarão de atendimento inerente a essa especialidade médica. Outro fato a ser destacado, refere-se ao expressivo número de usuários ente 19 e 54 anos de idade que necessitam de tratamento nefrológico, os quais para além de se constituir em um sério problema de saúde, ainda se encontram em uma importante fase produtiva da vida.

Outro fato a considerar refere-se ao diagnóstico das doenças de origem renal, tal como a hipertensão, diabetes e glomerulonefrites, que são patologias passíveis de implementação de ações prevenção e/ou de controle, diminuindo dessa forma o risco de progressão para o estado de doenças nefrológicas.¹² Portanto, a educação em saúde constitui-se em uma importante

estratégia para a prevenção dessa e de outras doenças e, logicamente, para promoção da saúde.

Desenvolver a promoção em saúde, seguindo os princípios básicos, parte da pressuposição da participação da população em todo o processo, da problematização até a proposição de medidas a serem adotadas. A participação dos sujeitos no processo deve ser estimulada de forma que os sujeitos possam ser empoderados.¹³

As práticas educativas estão vinculadas à participação da população na melhoria das condições de vida nos locais onde residem. Para tanto, importa em: priorização da intersectorialidade através do diálogo, do planejamento e realizações conjuntas na comunidade; realização de diagnóstico de necessidades da comunidade; incentivo a participação nas ações educativas; adequação das informações conforme a realidade cada público participe/participante/componente dos programas educativos, além de transparência nas relações com as comunidades.¹³

Embora se reconheça a importância da promoção da saúde e da prevenção de doenças na atenção básica, os problemas e dificuldades na gestão interferem na harmonia dos

processos que permeiam as ações e estratégias em saúde. Muitas dessas interferências são interfaceadas em razão da ênfase de atenção centrada na doença, da incipiência das ações educativas, da hegemonia do paradigma biomédico, também, aliadas à falta de compreensão de parte dos profissionais de saúde, da amplitude dessa prática, bem como à existência de relações culturais que perpassam o estilo e modo de vida da população local.

A reprodução desse modelo contribui para a falta de reconhecimento da promoção da saúde com uma das estratégias de transformações e, conseqüentemente, das repercussões sobre o estado de saúde da população. Não há dúvida de que a promoção da saúde, efetivamente, é capaz de responder a problemas complexos relacionados à saúde da população.¹⁴

No transcorrer da coleta de dados e da interação com os gestores de saúde, foi possível identificar que a educação em saúde, seja essa desenvolvida para e com aos trabalhadores e/ou em relação aos usuários, é ainda incipiente, parcial, compartimentada, descontínua e não permanente. O contínuo investimento em educação dos trabalhadores de forma efetiva e compartilhada,

utilizando-se de metodologias que envolvam os educandos no processo, é garantia de maior satisfação no trabalho, maior produção com qualidade e segurança e, reciprocamente, maior satisfação dos usuários. Embora a Educação Permanente em Saúde, seja uma política de estado, nessa região, essa ainda se encontra inerte.

A educação em saúde aos indivíduos, grupos ou comunidades, significa dar aos sujeitos maiores capacidade de cuidar de si, cuidar de nós, cuidar da sua família e da comunidade. A educação em saúde constitui-se na principal estratégia de prevenção de doenças transmissíveis e de prevenção de doenças e agravos, principalmente, em uma região carente de ofertas de serviços de saúde. No segmento pesquisado, em se tratando de uma região eminentemente sustentada pela agroindústria, não se observam propostas consistentes de educação em saúde, capazes de subsidiar alterações importantes no contexto social, que poderiam partir das características peculiares da região, criando movimentos educativos direcionados ao manejo correto e seguro no uso de agrotóxicos, bem como nas relações de cuidado a serem adotados na

minimização dos riscos e na prevenção dos agravos oriundos dessa prática.

Além do potencial de risco que uma região envolvida pela agricultura oferece, há ainda os agravos e eventos prejudiciais à saúde considerados tradicionais e corriqueiros, mas que devem estar na agenda de prioridades da gestão. Nessa perspectiva, conforme já descrito, o índice de pessoas com insuficiência renal decorrentes da hipertensão arterial, diabetes e glomerulonefrite é responsável por mais de 50% dos casos de perdas na função renal.¹² Portanto, há de se entender que a atenção efetiva, conjuntamente com a educação em saúde, poderia minimizar a ocorrência dessas patologias. Contudo, há de se fazer um óbice, pois as ações educativas em saúde precisam ser ancoradas em propostas concisas, planejadas e continuamente avaliadas, nas quais os sujeitos são também responsáveis por sua educação, sendo potenciais disseminadores dos processos educativos.

Evidencia a pesquisa que em alguns municípios, adota-se o sistema de vincular a entrega de medicamentos de uso contínuo à participação em grupos de saúde ou a uma prática educativa não é recomendável, tampouco efetiva em se tratando de

prevenção de doenças e agravos e de promoção a saúde. Importa por isso desenvolver ações educativas na prevenção do uso de drogas, álcool e fumo, assim como, ações educativas de prevenção à gravidez na adolescência e a doenças sexualmente transmissíveis. Embora se reconheça que a educação em saúde não seja resolutive para todos os casos, há de se compreender que a falta das ações educativas efetivas cria um ciclo vicioso contínuo de apenas sanar problemas vinculados à demanda espontânea e/ou resolução pontual de doenças e agravos. Ficando a prevenção e a promoção em plano secundário.

Retomando as condições de vida, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi implementado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para contrapor outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, vez que este somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH, além de computar o PIB *per capita*, também leva em conta a *longevidade e a educação*. Cabe ressaltar que o IDH dos municípios pesquisados situa-se em uma faixa mediana no *ranking* das cidades brasileiras.⁸

Os efeitos da desigualdade social sobre os indicadores de saúde têm sido tema proeminente nas discussões que envolvem estudos na área da saúde. A pobreza e a inacessibilidade aos serviços de saúde são os maiores responsáveis pelos altos índices de mortalidade e baixa esperança de vida.¹⁵ Para a análise socioeconômica de indivíduos ou grupos populacionais, os indicadores mais usados são de renda, ocupação e escolaridade. O IDH é um dos parâmetros utilizados pela Organização Mundial de Saúde para a aferição da qualidade de vida de uma determinada população.⁸

Um dos aspectos deste estudo que nos permite visualizar a realidade pesquisada, mostra que a diminuta oferta de serviço de saúde, principalmente no que se refere a serviços especializados e de média e alta complexidade. Quando vinculada às questões socioeconômicas dessa população, é possível entender a complexidade situacional em que vivem, bem como as dificuldades enfrentadas nos momentos, em que há necessidade de serviços de saúde especializados ou em situações de urgência/emergência.

Embora se saiba e se ratifique que o SUS seja de acesso universal, quando analisamos a situação geral da dessa região, na qual os índices de desenvolvimento humano, de renda e de educação estão em uma situação intermediária no *ranking* das cidades brasileiras, verificou-se que as ofertas de serviços de saúde de caráter público deveriam estar mais presentes e atuantes, pois a situação socioeconômica dessa população limita ou impede a acessibilidade aos serviços de saúde privados; neste caso, o serviço público de saúde é essencial e, possivelmente, o único meio de garantir a acessibilidade da população.

Por outro lado, quando se trata da definição quantitativa de trabalhadores em saúde, preconizada pela Organização Mundial de Saúde,⁸ se estabelece como parâmetro ideal de atenção à saúde da população a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Para centros com uma rede de serviços bem estruturada, os técnicos defendem a ampliação desse parâmetro. De qualquer forma, a definição dessa relação torna-se um importante recurso de mapeamento da distribuição de médicos no país.¹⁶

No Brasil, porém, a relação média observada de 1/622 habitantes

está muito abaixo desse parâmetro devido à grande concentração de médicos ativos verificada nas regiões Sudeste (1/455 hab.), Sul (1/615 hab.) e Centro-Oeste (1/640 hab.). Somente as regiões Nordeste e Norte estão próximas desse parâmetro, apresentando relação média de 1/1.063 e de 1/1.345 habitantes. Atualmente, o melhor percentual de médicos em relação ao número de habitantes está em Cuba 1/156, Grécia 1/185, Rússia 1/227. No Brasil, para além do número diminuto de médicos, soma-se a disparidade em relação à distribuição desses profissionais, pois aproximadamente 72% deles estão concentrados em médios e grandes centros situados nas regiões sudeste e sul.¹⁶

Considerando a média de médicos brasileiros em relação ao número de habitantes, observa-se que, no cenário de pesquisa, a oferta de serviços médicos em relação ao número de médicos, seis têm uma média inferior 1/1.000, 13 têm uma relação de 1 médico para populações entre 1.000 e 2.000 pessoas e sete têm número superior a dois mil habitantes por médico.

No Brasil, existem 346.968 enfermeiros inscritos no Conselho Federal de Enfermagem, gerando um

coeficiente de assistência da ordem de 1,78 profissional para cada 1.000 habitantes, em consonância com os parâmetros recomendados pela OMS⁸, que variam de 1 a 4 Enfermeiros por 1.000 habitantes, sem considerar os demais membros da equipe de enfermagem.¹⁷

Dados de 2012 indicam a existência de 19.860 enfermeiros na Região Norte para uma população de 15.865.678 habitantes, resultando numa razão de 1,19 enfermeiros por 1.000 habitantes, 70.499 da Região Nordeste para uma população de 50.078.137 habitantes, com a razão de 1,33 enfermeiros para 1.000 habitantes, 180.781 enfermeiros na Região Sudeste para 80.353.724 habitantes (2,25 enfermeiros/1000 habitantes), 48.808 enfermeiros na Região Sul para 27.384.815 habitantes (1,45/1000) e 20.439 enfermeiros na Região Centro-Oeste numa proporção de 1,45 enfermeiros para cada 1.000 habitantes.

¹⁷ Embora o Conselho Federal de Enfermagem entenda não haver necessidade de incrementar a formação em enfermagem, na região em que se desenvolveu o estudo há municípios, quantitativamente observa-se deficiências desses profissionais.

Esses dados demonstram que a relação profissional/população sofre variabilidade regional, com grande concentração de profissionais em determinadas regiões e baixa concentração em outras. Basicamente, essas disparidades seguem o desenho das desigualdades socioeconômicas do Brasil, que, mesmo com políticas públicas direcionadas a amplos contingentes populacionais, ainda sofrem com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, independente do grau de complexidade necessária.

CONCLUSÃO

Este estudo, que teve como área de abrangência uma coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, permitiu compreender com mais especificidade a capacidade instalada de oferta dos serviços de saúde. Observa-se que, embora em alguns municípios haja cobertura de 100% de Estratégias de Saúde a Família, mesmo assim há falta de médicos e enfermeiros, problemas de acessibilidade, infraestrutura e organização.

Embora o percentual de contratualização dos hospitais pelo Sistema Único de Saúde esteja de acordo com o preconizado, os leitos

hospitalares disponíveis apenas atendem à baixa complexidade, não havendo a oferta de nenhum serviço emergência e de terapia intensiva, assim como, não há serviço de terapia renal substitutiva, fazendo com que os usuários dependentes deste tipo de tratamento, tenham que se deslocar continuamente em para as cidades próximas. Os casos de urgência e emergência também se enquadram na mesma situação.

Acrescenta-se a esta situação as condições de vida dessa população, cujo Índice de Desenvolvimento Humano, fica do nível médio para baixo no *ranking* dos municípios brasileiros de 2010. O primeiro município da região onde foi realizada a pesquisa aparece na 157ª posição, enquanto que o último município que faz parte dessa regional aparece na 3847ª posição dos municípios brasileiros. A média de IDH desta região (0,703) coloca esses municípios em uma posição em torno de 1.800 entre os 5.565 pesquisados. Isso nos remete o entendimento que além das questões inerentes à saúde, também existem lacunas, tanto de ordem econômica, como de longevidade e também de educação.

Outros problemas evidenciados se referem a estruturação e

organização dos serviços de saúde, principalmente no que se alude ao processo de trabalho. A organização da atenção está centrada em um modelo direcionado a intervenções pontuais de doença, que tem como base a oferta de consultas, exames e medicamentos. A questão financeira desses municípios é delicada, em razão de que as secretarias de saúde, quando não conseguem atender toda essa demanda, acabam encaminhando os usuários para outros municípios, o que implica na ‘compra’ de consultas e exames, onerando os municípios, também com os custos de transporte, diárias e deslocamento trabalhadores, entre outros. Evidencia-se também na organização da assistência na maioria dos serviços, a utilização de um determinado número de fichas, o que exige dos usuários com problemas de saúde e/ou familiares ficarem longas horas em locais não apropriados para conseguir ter acesso aos serviços. As políticas de estado para a saúde, para o melhoramento da atenção como acolhimento, clínica ampliada, educação permanente em saúde ainda não adentraram nessa região.

No planejamento estratégico, não se observam propostas sistematizadas de educação, sejam estas

destinadas aos trabalhadores, sejam relacionadas aos usuários. Propostas educativas para os trabalhadores poderiam ressignificar seu processo de trabalho, com ações mais qualificadas e seguras. A educação em saúde aos usuários seria de importância vital, principalmente na prevenção de doenças, agravos e promoção da saúde, qualificando, potencializando e empoderando cada vez mais o usuário em relação as condições de saúde, bem como em relação ao processo de trabalho dentro do sistema de saúde.

Por fim, o estudo permite compreender que em linhas gerais a estrutura de serviços de saúde, disponibilizadas nesta região. Tornam-se notórias as carências na atenção básica, na área de atendimentos especializados e na oferta de leitos hospitalares, que, embora suficientes, não são resolutivas quando os casos de saúde são de média e alta complexidade.

Há de se dizer que os principais desafios a serem superados constam de medidas a serem adotados pelos próprios gestores municipais, tais como a estruturação e organização dos serviços, contratação de mais profissionais, e a adesão de políticas de prevenção de doenças e agravos e de

educação em saúde com vistas à promoção da saúde. No entanto, muitas ações dependem de atividades conjuntas intermunicipais, das quais o Conselho de Gestão Regional é o principal fórum, assim como se faz necessário fomentar enlaces políticos para envolver os gestores estadual e federal na superação de entraves, haja vista que a resolução de alguns destes desafios não são de responsabilidade exclusiva dos gestores municipais.

Enfim, este estudo nos instiga ao desenvolvimento de novas pesquisas, pois o compromisso social acadêmico está em desenvolver continuamente conhecimentos e tecnologias que possam contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa, equânime e igualitária.

REFERÊNCIAS

1. Silva LAA, Lima VLL, Kuster NS, Silva M, Rosseto M, Rosa N. Seminários integrativos de educação permanente em saúde: a experiência com os municípios da região norte do Estado do Rio Grande do Sul. In Vial, Regina Martini; Plein, Fátima de Barros; Machado, Maria Élide. A política de educação permanente em saúde:

- avanços e desafios. Porto Alegre: novembro; 2010. P.47-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080. Brasília: 1990.
 3. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: 2006.
 4. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad. Saúde Pública. 2012; 28 (4): 615-627.
 5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
 6. Turato E. Tratado de metodologia clínica qualitativa. Petrópolis: vozes. 2003.
 7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde (BR). Portaria 466/2012. Brasília (DF), 2012.
 8. Organização Mundial da Saúde. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano. Ranking do IDH dos Municípios do Brasil. 2013. Acessado em 18.04.2014. Disponível; http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-Global-2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Ranking2013.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria 1101. Parâmetros assistenciais do Sistema Único de Saúde. Brasília: (DF). 2002.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 7.508. Brasília: 2011.
 11. Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCTC, Gomes GG, Britos MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. Texto & Contexto – Enfermagem. 2013; 22(1): 208-215.
 12. Sesso RC, Lopes AA, Thome FSL. (2014). Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. Jornal Brasileiro de Nefrologia. 2014; 36 (1): 48-53.
 13. Silva EC, Pelicioni MCF. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. Ciênc. saúde coletiva 2013; 18 (2); 563-572.
 14. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da

saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. Rev. bras. enferm. 2012; 65 (6): 9991-999.

15. Ferreira MAF, Gomes MN, Michels F. Desigualdade social no adoecimento e morte por câncer de boca e orofaríngeo no município de São Paulo, Brasil: 1997 a 2008. Cadernos de Saúde Pública. 2012; 28 (9): 1663-1673.

16. Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Aumenta a concentração de médicos no Estado de São Paulo. 2010. Acessado em 18.04.2014. Disponível:
http://www.cremesp.org.br/pdfs/medico_por_habitantes.pdf

17. Conselho Federal de Enfermagem. Recomendação encaminhada ao MEC repercute nas redes sociais. 2012. Acessado em 18.04.2014. Disponível:
http://novo.portalcofen.gov.br/cofen-recomenda-que-cursos-de-enfermagem-a-distancia-nao-sejam-reconhecidos_16039.html

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-06-18
Last received: 2014-07-29
Accepted: 2014-07-24
Publishing: 2014-10-31